

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E
SERVIÇOS DE SAÚDE

**A “SAÚDE DA FAMÍLIA” NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
UM NOVO PARADIGMA?**

DAYSE SANTOS DE AGUIAR

Rio de Janeiro
Dezembro - 1998

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E
SERVIÇOS DE SAÚDE

**A “SAÚDE DA FAMÍLIA” NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
UM NOVO PARADIGMA?**

DAYSE SANTOS DE AGUIAR

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública

Orientadora: Célia Maria de Almeida

Rio de Janeiro
Dezembro - 1998

Para Laura, maior de todos os projetos realizados, que compreendeu tão bem porque, afinal, “mamãe também vai à escola”.

*Aos usuários do SUS e
aos milhares de brasileiros para os
quais o direito à saúde ainda está
por se materializar*

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, pelo legado da honestidade;

À minha mãe, exemplo de amor e generosidade, pela dedicação incansável à Laura, tornando possível a realização do Mestrado. À ela todo o meu reconhecimento e gratidão como filha e mãe;

À minha irmã Lô e minha tia Semiramis, pelo acolhimento e tolerância durante um longo período, onde acumularam-se papéis e livros, além é claro, do convívio com aquele que se tornou parte inseparável da minha rotina: o computador;

À Célia, por ter aceito os riscos de empreender comigo este projeto;

Ao professor Nilson do Rosário Costa, exemplo de maturidade acadêmica, por suas valiosas contribuições e por minha iniciação no apaixonante campo das políticas públicas;

Ao professor Antônio Ivo de Carvalho, por compartilhar de sua inteligência e cultura, a quem serei eternamente grata, não só pelas sugestões e o estímulo, mas sobretudo pelas oportunidades de parceria e trabalho;

Aos professores José Mendes Ribeiro, Margareth Portela, Zulmira Hartz e Maria Helena Machado, também pelo incentivo;

Ao professor Eduardo Levcovitz, por aceitar integrar a banca examinadora, junto aos professores Nilson e Célia, tanto quanto aos professores Nilson Moraes e José M. Ribeiro, como suplentes;

A todos aqueles que colaboraram para a realização deste trabalho através de suas observações e depoimentos: Carlos Grossman, Dante Romanó, Djalmo Souza Sanzi, Eduardo de Souza Pires, Eliana Dourado, Ernesto Azevedo, Eugênio Vilaça Mendes, Eunice Novaes de Godoi, Heloísa Machado, José Maria de Carvalho, Luis Fernando Rolim Sampaio, Maria Célia Vasconcelos, Maria Lucia Teixeira Leite, Maria Marilda Pinto Corrêa, Marilena Gentile, Marly Nacif de Souza, Pedro Gilberto Alves de Lima, Rosa Maria Câmara e Vera Drehmer;

Aos queridos Ana Paula Gil de Lima e Paulo de Tarso, amigos para sempre;

Aos colegas de turma Carmem e Paulo Wilken, pelo prazer do convívio e pela troca de experiências, idéias e utopias. Da mesma forma à Edninha e Consola;

Ao mais que querido Beto Nogueira, amigo de todas as horas;

À Raul, pai atento e carinhoso para Laura e Filipe;

Ao ex-prefeito de Cabo Frio, José Bonifácio Novellino, por autorizar o meu afastamento temporário para ingressar no Curso de Mestrado;

Ao Departamento de Saúde Coletiva, SUS-Cabo Frio, através da Dra. Sandra Maria Browne, por manter a liberação após a mudança de governo;

Aos funcionários do Departamento de Planejamento da ENSP, Carmem, Janete, Rosângela e Wellington.

À equipe do LABI, pelo “socorro personalizado”;

À Inês, pelo crédito e facilidades na livraria ABRASCO;

À Sônia, Lígia e Jordão pelo “apoio logístico”;

À Marcia, pela paciência na revisão e formatação do trabalho, dado as limitações tecnológicas da autora;

Finalmente, ao meu companheiro Roberto, cuja presença trouxe a minha vida luz, calor e alegria, além do incentivo , tranqüilidade e colaboração para concluir meu trabalho e chegar ao fim desta jornada. A ele, exemplo de integridade, todo meu amor e gratidão.

“O reconhecimento do conflito paradigmático tem por objetivo precisamente reconstruir o nível de complexidade a partir do qual é possível pensar e operacionalizar alternativas de desenvolvimento societal. Era já contra o reducionismo que Fourier se revoltava no princípio do século XIX ao referir-se aos economistas como ‘essa seita de repente saída da obscuridade’ (1967). Na ciência moderna em geral, a perfectibilidade das palavras e dos cálculos tem coexistido com o absurdo das acções e das conseqüências. Daí que na transição paradigmática se tolere a imperfectibilidade das palavras e dos cálculos se ela se traduzir numa maior razoabilidade e equidade das acções e das conseqüências.” (Boaventura de Sousa Santos)

APRESENTAÇÃO

Em 1994, o Estado do Rio de Janeiro viveu a experiência de difusão de uma proposta de organização e oferta de atenção básica em saúde, por iniciativa do então governo estadual.

A extinta Secretaria Especial de Projetos de Integração Social - SEPIS, desencadeou à época, em parceria com o município de Niterói, uma série de iniciativas com vistas à interiorização do “Programa do Médico de Família”, implementado com aparente sucesso naquela cidade, desde 1991.

Na condição de Secretária de Saúde de um pequeno município da Região dos Lagos fluminense nesta mesma época, acompanhei, de forma privilegiada, o processo então posto em curso.

A conjuntura política, naquele momento, evidenciava um sério desgaste e falta de credibilidade da gestão da Secretaria Estadual de Saúde, por força de alianças políticas estabelecidas, além de estar em jogo o processo de disputa eleitoral para o Governo do Estado, onde o Programa surgiu como um forte apelo para o PDT, partido do Governo estadual e também do município de Niterói, de onde veio o titular da SEPIS, o então ex-prefeito Jorge Roberto Silveira, que desde aquela época revelara-se um entusiasta do modelo do “médico de família”.

O Programa estadual, com a mesma concepção daquele que vinha sendo desenvolvido em Niterói, tal como mencionado, e cujas características o leitor encontrará descritas neste trabalho, previa como atribuição do Estado (instância de governo) e como importante fator de estímulo aos municípios, o fornecimento de estruturas modulares de pré-moldados de cimento, à semelhança daqueles utilizados nos CIEPS, além de material permanente (basicamente, mobiliário) e material de consumo para os primeiros seis meses de atividades.

Aos municípios, em contrapartida, cabia a cessão de terreno legalizado para a instalação dos “módulos”, como eram chamadas (e ainda são em Niterói)

as instalações físicas do programa, mediante o cumprimento de algumas exigências para sua localização, como a existência de associações comunitárias formalmente organizadas para participar na co-gestão do mesmo.

Cabia-lhes também a seleção, contratação e remuneração (diferenciada) dos profissionais da equipe, sua capacitação e supervisão, além de participarem do financiamento e manutenção do programa, após o período de implantação.

À época, embora já formulado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família - PSF, não tinha nenhuma visibilidade no Estado e, não raro, causava uma certa confusão aos gestores a existência de dois programas (Programa de Saúde da Família e Programa do Médico de Família) com denominações tão semelhantes, sugerindo uma replicação ou sobreposição de propostas.

Não rara passou a ser, também, a observação nos fóruns e encontros destes mesmos gestores, entre os quais me incluo, de discussões em torno das dificuldades para operacionalizar a proposta, sobretudo no que diz respeito à disponibilidade de recursos humanos com o perfil necessário, em que pesasse o entusiasmo dos prefeitos com os incentivos para adesão ao programa estadual.

Arraial do Cabo, município sob minha responsabilidade, foi escolhido, sobretudo por suas características geográficas e conformação da rede de serviços, eminentemente públicos, para ser “pólo” e referência do programa no interior.

Distante 163 quilômetros do Rio de Janeiro, Arraial possui 158 quilômetros quadrados, sendo considerado como “fim de linha” por ser o ponto extremo e a parte mais avançada das terras, na Região dos Lagos fluminense, que se projetam para o mar. Distrito emancipado de Cabo Frio desde 1985, inclui-se entre aqueles municípios considerados como de pequeno porte, com uma população fixa em torno de 20 mil habitantes, que chega a triplicar na temporada do verão. A pequena extensão territorial aliada às suas condições limitrofes, além da baixa mobilidade populacional, sugeriam condições facilitadoras para organização de uma rede de serviços hierarquizada, com base na territorialização e adscrição de clientela.

Passado, entretanto, o momento de intensa mobilização política, em Arraial e nos diversos municípios vizinhos (não se tem notícia no Estado de iniciativa considerada exitosa como em Niterói), o “médico de família” tornou-se alcunha para serviços que passaram a funcionar nos moldes de um ambulatório tradicional: atendendo a demanda espontânea, com baixa densidade tecnológica e pouca resolutividade, sem organização de referência e contra-referência, além de considerável rotatividade de profissionais, especialmente médicos, em sua maioria sem formação ou experiência anterior em trabalho semelhante ao proposto.

Pouco tempo depois, já tendo transformado as dúvidas acumuladas no percurso de trabalho em proposta de estudo no Curso de Mestrado em Saúde Pública, assisti a projeção cada vez maior do PSF na agenda setorial.

Ao contrário do que se possa imaginar, como poderiam sugerir os fatos relatados, este trabalho não se constitui num estudo do caso de Arraial do Cabo ou mesmo de uma específica experiência de implementação do PSF. Trata-se, na realidade, de uma abordagem mais exploratória do tema “Saúde da Família”, cujo recorte me permitiu reunir elementos relativos a seus pressupostos teórico-metodológicos bem como aos objetivos, estrutura organizativo-institucional e implantação do Programa de Saúde da Família - PSF no Sistema Único de Saúde.

Nas páginas seguintes o leitor encontrará um delineamento do estudo que o situará em relação à abordagem do problema e aos procedimentos adotados para a execução da pesquisa.

RESUMO

Com base em uma abordagem qualitativa, o presente estudo discute o conjunto de idéias e o percurso histórico-institucional que viabilizaram a formulação/implementação da proposta de “Saúde da Família” como estratégia de política governamental, para mudança do modelo assistencial no contexto do Sistema Único de Saúde.

Realizado a partir de pesquisa bibliográfica e documental, além de entrevistas a informantes-chave, buscou-se situar a “Saúde da Família”, por um lado, em relação aos seus pressupostos organizativos em termos das práticas de atenção à saúde, particularmente da prática médica e dos serviços de atenção básica; e, por outro, em relação ao contexto mais geral da construção do Sistema Único, diante das mudanças de orientação das políticas sociais e de saúde nos anos recentes.

A hipótese central é que a introdução do Programa de Saúde da Família - PSF no processo de construção do SUS não altera seus princípios e diretrizes organizativas. Entretanto, no que diz respeito à revisão do modelo assistencial, seus limites e possibilidades estariam vinculados à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde e, neste sentido, tem sido polemizado justamente porque tanto pode servir a tendências simplificadoras, como a motivações de mudança para gerar resultados mais efetivos do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família, Atenção Básica, Políticas de Saúde e Reforma, Modelos Assistenciais

ABSTRACT

Based on a qualitative approach, this work discusses the set of concepts and the historical-institutional path that assured the feasibility of the formulation and the implementation of the Family Health proposal as a government policy strategy for changing the assistance model in the context of the Sistema Único de Saúde (Unified Health System).

Undertaken on the basis of bibliographic and documental research, as well as interviews with key people, an attempt was made first to relate Family Health to its organizational premises in terms of health service practices, particularly to medical care and basic health services; also, in relation to the general context of the Sistema Único (Unified Health System) building, taking into account social and health policies changes observed in recent years.

The central hypothesis is as follows: the introduction of the Programa de Saúde da Família - PSF (Family Health Program) in the SUS building process does not change its organizational principles and rules. However, as far as the assistance model revision is concerned, its limits and possibilities would be linked to the form of its inception in local health systems and, hence, it has been argued that it may serve simplifying trends as well as motivations for changes towards more effective SUS results.

KEY WORDS: Family Health, Basic Health Services, Health Policies and Reform, Assistance Models

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	v
EPÍGRAFE	viii
APRESENTAÇÃO	ix
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
SUMÁRIO	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS	xvi
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xviii
LISTA DE ANEXOS	xix

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO I O CONTEXTO REFORMISTA DOS ANOS 90 E O SETOR SAÚDE: AS POLÍTICAS UNIVERSAIS EM QUESTÃO 12

I.1 Reforma do Estado e Reforma Sanitária: contornos da agenda setorial	18
---	----

CAPÍTULO II ANTECEDENTES DA “SAÚDE DA FAMÍLIA”: POLÍTICA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS E REFORMA DA ATENÇÃO BÁSICA 27

II. 1 A Estratégia da Atenção Primária e suas Repercursões	30
II. 2 Atenção Primária, Extensão de Cobertura e Reformas Médicas - os projetos de Medicina Comunitária Familiar	37
II. 3 Medicina Familiar - Origens, Definições e Incorporação em Diferentes Países	43
II.3.1 O “Médico de Família” em alguns países	51

CAPÍTULO III A “SAÚDE DA FAMÍLIA” COMO POLÍTICA DE ESTADO: O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF 63

CAPÍTULO IV OS EXEMPLOS ESCOLHIDOS E SUAS INSPIRAÇÕES	80
IV.1 O Serviço de Saúde Comunitária - GHC - Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	80
IV.2 O Programa do Médico de Família - FMS - Niterói, Rio de Janeiro, Brasil	87
IV.3 O Programa de Saúde da Família - SMS - Curitiba, Brasil	94
IV.4 Os Casos Escolhidos: Algumas Observações	102
 COMENTÁRIOS FINAIS	 106
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 114
 ANEXOS	 125

Lista de Abreviaturas

- ABEM - Associação Brasileira de Escolas de Medicina
ABRAMEF - Associação Brasileira de Medicina de Família
AMA - American Medical Association
AMB - Assistência Médico-Sanitária
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CFM - Conselho Federal de Medicina
CHS - Community Health Centers
COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade
DHSS - Department of Health and Social Security
EUA - Estados Unidos da América
FEPAFEM - Federação Panamericana de Associações de Faculdades de Medicina
FMI - Fundo Monetário Internacional
FMS - Fundação Municipal de Saúde
FNS - Fundação Nacional de Saúde
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
GPs - General Practitioners
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVR - Índice de Valorização de Resultados
MF - Medicina Familiar
MGC - Médico Geral Comunitário
MPS - Medicina Preventiva e Social
NGO - Non-Governmental Organization
NHS - National Health Service
NOB - Norma Operacional Básica
OPS - Organização Panamericana de Saúde
PAB - Piso Assistencial Básico
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDT - Partido Democrático Trabalhista

PEC - Proposta de Emenda Constitucional
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMC - Prefeitura Municipal de Curitiba
PMF - Programa do Médico de Família
PMN - Prefeitura Municipal de Niterói
PPA - Plano de Pronta Ação
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SBMGC - Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária
SEPIS - Secretaria Especial de Projetos de Integração Social
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIG - Sistema de Informações Georeferenciadas
SILOS - Sistemas Locais de Saúde
SMF - Serviço de Medicina de Família
SMS - Secretaria Municipal DE Saúde
SPT 2000 - Saúde Para Todos no Ano 2000
SSC - Serviço de Saúde Comunitária
SUAAC - Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva
SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
WB - World Bank

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1.1

QUADRO RESUMO 74

FIGURA 1.2

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 78

LISTA DE ANEXOS

	p.
ANEXO A - Princípios Básicos de Medicina Familiar (<i>Canadian College of Physician</i>), que orientam o Curso ministrado pelos docentes da Universidade de Toronto	126
ANEXO B - NOB/SUS - 01/96 - Quadros das Condições de Gestão	128
B. 1 CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO DE MUNICÍPIOS	128
B. 2 CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO DE ESTADOS	130
ANEXO C - Legislação	132
C.1 PORTARIA Nº 1882/GM	132
C.2 PORTARIA Nº 1885/GM	135
C.3 PORTARIA Nº 1886/GM	136
C.4 PORTARIA Nº 157/GM	150
C.5 PORTARIA Nº 2101/GM	153
ANEXO D - Conjunto de dados sobre o PAB	156
D.1 EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA - PAB - 1998	156
D.2 IMPLANTAÇÃO DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA	157
D.3 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE MUNICÍPIOS HABILITADOS	158
D.4 EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA NOS MUNICÍPIOS	158
D.5 EVOLUÇÃO DOS RECURSOS ANUAIS DOS MUNICÍPIOS	159
ANEXO E - Mapas	160

INTRODUÇÃO

O setor saúde tem ocupado lugar de destaque no processo de democratização do Estado brasileiro nas duas últimas décadas. As mudanças ocorridas, particularmente na segunda metade da década de 80, conferiram ao desenho institucional do sistema de serviços de saúde forte caráter inovador, conformando o Sistema Único de Saúde - SUS. O conjunto de diretrizes que orientaram a nova estrutura organizativa, consagrado no texto constitucional de 1988, estabeleceu as bases técnicas e jurídicas sobre as quais se implantaria o SUS, tendo como princípio fundamental a atenção à saúde enquanto direito de cidadania, com universalidade de acesso a todos os níveis do sistema.

Em que pese os resultados positivos de tais avanços, o Sistema Único de Saúde, em processo de construção, continua a exigir medidas que tornem realidade de fato, e não só de direito, os pressupostos que o fundamentam, garantindo à população brasileira atenção à saúde efetiva e de qualidade.

Sabemos que o direito à saúde significa mais que o acesso às ações e serviços sanitários em todos os seus níveis e que tal direito não poderá se materializar sem uma política setorial integrada às demais políticas econômicas e sociais que assegurem os meios à sua concretização. Entretanto, tal reconhecimento não anula o caráter essencial destes serviços e a necessidade de sua provisão à população de forma eficaz, integral e equitativa, sobretudo se concebemos os serviços de saúde como bens públicos.

No Brasil, a inegável ampliação da cobertura assistencial que vem ocorrendo desde os anos 70, e continua pela década de 80 e início dos 90, intensificada através da municipalização das ações e serviços, não alterou substancialmente o quadro sanitário do país (BUSS, 1995; CAMPOS, 1997). Isso demonstra que, embora necessária, a extensão da cobertura assistencial é incapaz, por si só, de alterar o nível de saúde da população. As mudanças institucionais parecem insuficientes, em particular para alterar qualitativamente

as ações de saúde, de modo que torna-se imperativo buscar novos saberes e práticas que viabilizem a implementação do SUS e sua posterior efetividade. Neste sentido, a construção de novos paradigmas assistenciais assume cada vez maior relevância, suscitando especial interesse de formuladores de política, planejadores e gestores do sistema.

Entre as propostas com esta preocupação tem se destacado, ganhando notoriedade no plano nacional, a de “Saúde da Família”, formulada pelo Ministério da Saúde em 1993. Entre os mecanismos para impulsionar a sua implementação destacam-se a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS-01/1996), que valoriza o incremento de cobertura pelo PSF com maior incentivo financeiro aos municípios para tal, e o “Projeto Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS”, uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial, que contemplou o Programa em seu Componente I, Área Programática II, como prioridade de investimento.

Apontada como alternativa para reorganização da oferta de serviços de saúde, a proposta insere-se no âmbito do debate em torno das opções para reorientação do modelo assistencial vigente, predominantemente hospitalocêntrico e curativo.

Ocorre que tais formulações vêm se desenvolvendo num cenário marcado por diferentes orientações políticas, ideológicas e de arranjos tecnológicos, que revelam diferenças e, às vezes, dissensos em torno das respostas para a chamada crise do modelo de atenção à saúde no Brasil. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde apresenta diversos projetos ou representações do SUS, expressos por distintos atores sociais, segundo sua localização situacional, com diferentes concepções de reforma/organização dos serviços de saúde, que se apoiam em formulações “tipo-ideal”¹ específicas.

¹ Max Weber foi o primeiro a formular “tipos ideais” nos seus estudos sobre o poder e a dominação. Segundo Bull (1992), os “tipos ideais” são abstrações “purificadas”, em geral de casos históricos, raramente encontrados em forma pura nos casos empíricos. São “ideais” no

Enquanto mais uma proposta para reordenamento da atenção básica, a “Saúde da Família” tem diferentes leituras ou compreensões.

Mendes (1996) afirma que se trata de uma estratégia necessária à organização do distrito sanitário (no nível primário), juntamente com o consórcio de saúde (no nível secundário e terciário). Ainda que as formas de implementação possam variar, o autor busca sublinhar o caráter estratégico da proposta num sentido mais amplo que a noção de programa, na perspectiva de impulsionar o desenvolvimento da atenção primária em saúde.

Também Levcovitz & Garrido (1996), desenvolvem uma análise da “Saúde da Família” enquanto estratégia capaz de efetivar uma mudança do modelo assistencial no âmbito do SUS, através da utilização de outros parâmetros profissionais, mais econômicos e eficazes. Da mesma forma, Cordeiro (1996:11), considera que os pressupostos que devem nortear a organização das práticas de saúde voltadas à família, tais como o reconhecimento da saúde como direito de cidadania; eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem; prestação de atenção integral; humanização das práticas de saúde; participação comunitária etc., são parte de uma estratégia primordial que induziria a mudanças tanto pela interferência sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, quanto pela reestruturação do processo de trabalho, buscando introduzir a lógica da efetividade com relação às formas de remuneração, bem como o manejo racional de tecnologia.

Diferentemente desses autores, porém, Misoczky (1994:43) faz considerações críticas acerca do que chama de “revival” da medicina comunitária/familiar no Brasil. Tendo como referência os trabalhos de Donnangelo (1976) e Paim (1986), a autora procura mostrar as limitações de tal proposta, afirmando que *trata-se de um modelo de atenção voltado para os pobres, muito aquém das formulações que marcaram o processo da Reforma*

sentido de que são construídos inteiramente de acordo com leis teóricas que os explicam. Ao mesmo tempo, os modelos são escolhidos de modo a corresponderem da forma mais próxima possível do mundo real. (BULL, 1992 *apud* LABRA, 1997:01)

Sanitária brasileira e configuraram o SUS. Critica ainda o Ministério da Saúde por assumir a proposta como modelo de atenção a ser expandido para todo o país.

Preocupação neste sentido também demonstra Paim, quando vincula os programas PACS e PSF, respectivamente Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, às propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial para a região latino-americana (WORLD BANK, 1993 a e b). Em suas próprias palavras:

*...As propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial, utilizando pacotes básicos para os pobres, têm uma tradução para o setor saúde que não pode ser negligenciada, sob pena de constatarmos que esforços genuínos para a democratização da saúde, tais como o uso da epidemiologia no planejamento e na gestão, e o desenvolvimento de sistemas locais de saúde (SILOS), como estratégias de reorientação de sistemas de saúde (Mendes, 1990; Paim, 1993), sejam transformados em fundamentos e argumentos para o **apartheid** sanitário. A política de tornar os programas especiais de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde em carros-chefes do novo modelo assistencial do SUS não deixa de ser preocupante (PAIM, 1996: 19) (grifo do autor).*

Também Campos (1996) argumenta que:

...O Projeto Médico de Família apenas arranha esta lógica (da racionalidade e da prática médico-hospitalar). Contém diretrizes interessantes que permitiriam reformar a clínica, mas há uma questão no ar: por que apenas o médico de família deveria trabalhar com vínculo, cuidado integral, atenção domiciliar, etc.? O que fazer com a imensa rede de Centros de Saúde criada nos últimos vinte anos? Ou seja, por que não poderíamos criar uma verdadeira porta de entrada baseada nesta rede e nos médicos de família, nela integrados, e não dela separados, como reza o projeto normativo do Ministério? Por que não delegar a generalistas, pediatras e às equipes dos centros de saúde o poder de internar, de solicitar atendimento especializado, etc.? Por que não estender as diretrizes do médico de família para todos os profissionais que

trabalhem na rede básica? Senão, por que conservar esta imensa e dispendiosa rede? Para transformá-la em ambulatorios de baixa resolutividade, mas com capacidade de pronta-atenção, como o está fazendo o PAS em São Paulo...(CAMPOS, 1996: 24)

Observando que as expressões medicina comunitária e medicina familiar são utilizadas indistintamente por alguns autores para se referir à “Saúde da Família”, julgamos que não se trata de mera questão semântica mas sim, de que todas estas propostas de reforma da prática médica historicamente guardam relações entre si: primeiro, enquanto formas de organização de serviços e operacionalização da atenção primária em saúde; segundo, como propostas de incorporação do social à prática clínica (DONNANGELO, 1976).

Em realidade, nos parece que a “Saúde da Família” suscita o debate em torno de uma questão crucial e recorrente nas diversas propostas de reformas médicas: a universalidade da atenção com integralidade e equidade *vis-à-vis* a necessidade de controlar e reduzir o consumo e os gastos incrementais em saúde (DONNANGELO, 1976; ALMEIDA, 1993; 1995).

Tendo por pressuposto que a organização dos serviços de saúde não se reduz à dimensão meramente técnica, mas está profundamente imbricada na dinâmica da estrutura social concreta, com seus determinantes econômicos, políticos, ideológicos, culturais, nos parece pertinente discutir que papel assume a estratégia de “Saúde da Família” no conjunto de processos que convergiram para o debate em torno da crise assistencial no Brasil, tornando-se alternativa de reordenamento do modelo vigente no país.

As diferentes dimensões da proposta do PSF aparecem nas percepções dos autores que, por um lado, argumentam favoravelmente no que concerne ao seu potencial de viabilizar a operacionalização da atenção primária em saúde referida pelos princípios do SUS e, por outro, apontam o risco da segmentação de clientela e da “focalização”, com retrocesso e limitação dos mesmos princípios, tendo em vista a reorientação normativa das políticas públicas em

tempos de crise fiscal, onde, no plano macroeconômico e político, doméstico e internacional, as questões sociais têm sido vulnerabilizadas e atreladas à estabilidade econômica e ao controle do déficit público.

O eixo da discussão sobre o Estado e as políticas públicas vem sendo orientado nos países centrais pelo fenômeno da globalização e pela “crise” dos *Welfare States* (a questão de sua crescente limitação fiscal frente aos encargos que foram assumindo, em particular a partir da segunda Grande Guerra), tendo como contrapartida o debate acerca de critérios distributivistas e de justiça social num contexto político de matiz neoliberal (COHN, 1997).

Fala-se hoje, em todo o mundo, em crise dos modelos de proteção social e, particularmente, de assistência à saúde, constituindo-se uma agenda em torno de projetos de reforma dos sistemas de previdência social e de saúde em quase todos os países. Entretanto, longe de representar um fenômeno único, as *crises* são de diversas naturezas e motivações.

As históricas desigualdades e distorções entre países e povos, que no caso da periferia se refere ao acesso aos benefícios mínimos da modernidade, restrito ainda para grande parte de suas populações, têm sido tratadas por organismos internacionais e outras instituições como passíveis de serem solucionadas através de propostas *racionais*, que corrigiriam os efeitos indesejáveis do capitalismo tardio.

Assim, as propostas de ajuste econômico para a América Latina têm apontado para uma tendência de políticas sociais focalizadas e estratificadas, com *enxugamento* do Estado e soluções de mercado para as camadas mais estáveis da população. No processo de disseminação internacional de paradigmas e políticas, o Banco Mundial tem se destacado pela forte presença na difusão de uma pauta de reforma orientada para o mercado, que redefine o papel do Estado e reinterpreta o direito à saúde.

Com base nas observações de Ikenberry & Kupchan (1990) e Haggard & Kaufman (1992), Costa (1996) adverte, entretanto, que a ‘socialização’ de

políticas não ocorre de forma linear, com possibilidade de diferentes respostas nacionais frente às pressões e orientações normativas de uma dada arena internacional.

Nesta perspectiva, o trabalho também comporta uma aproximação à abordagem da interação entre atores nacionais e internacionais, da difusão de idéias e socialização de políticas, tal como proposto por Melo & Costa (1995).

Com repercussão nos países periféricos, inclusive na América Latina, este processo encontra um contexto marcado por profundas desigualdades sociais, dimensão que não pode ser desprezada nas escolhas políticas a serem adotadas.

Na década de 80, a história da agenda pública no Brasil teria registrado, segundo Melo (1998), uma inflexão no eixo analítico das políticas públicas, que se desloca do binômio crescimento *versus* distribuição de renda para a questão da eficiência (gerencial) e eficácia social das políticas. A intervenção do Estado nessa área torna-se alvo de críticas quanto à sua efetividade e capacidade resolutive, onde a questão central passa a ser o *mistargeting* das políticas, conceito difundido pelo Banco Mundial e que designa a incapacidade de que estas atinjam os segmentos da sociedade que conformam sua meta.

Diríamos, em outras palavras, que na esfera governamental cresce a preocupação não só em relação ao volume mas, sobretudo, quanto à qualidade do gasto público.

Esta pesquisa propõe, então, discutir o conjunto de idéias e o percurso histórico-institucional que viabiliza a formulação/implementação da proposta de “Saúde da Família” como uma estratégia de política governamental para mudança do modelo de assistência em saúde no contexto do SUS, a partir das seguintes questões gerais:

- 1) Como aparece a proposta de “Saúde da Família” no processo de implementação do Sistema Único de Saúde e qual a sua singularidade com relação a outras propostas de atenção primária em saúde?

- 2) Por que esta proposta passa a ser considerada um recurso estratégico e uma alternativa para melhorar a atenção à saúde da população, na perspectiva de maior eficiência e efetividade do SUS?
- 3) Através de quais mecanismos a “Saúde da Família” passa a ser vista como estratégia de mudança do modelo assistencial vigente?
- 4) Que relações a estratégia guarda com a proposta de reforma setorial, particularmente com as recomendações de agências internacionais como o Banco Mundial?

A hipótese central é que a introdução do PSF no processo de implementação do SUS não altera seus princípios e diretrizes organizativas, nem muda a lógica do modelo de atenção vigente. Em outras palavras, não há evidências, até o momento, de que a “Saúde da Família” seja substitutiva às formas anteriores de ofertar serviços de saúde, mantendo-se como uma proposta de caráter complementar em relação ao sistema.

O desenvolvimento do estudo implicou em pesquisa bibliográfica e documental, além de entrevistas com atores-chave, de modo a situar a “Saúde da Família” em relação a um referencial teórico/conceitual; na sua materialização em realidades concretas, segundo diferentes inspirações e, finalmente, aos seus limites e possibilidades como proposta estruturante de um novo modelo assistencial universal e integral.

No decorrer do trabalho acumulamos dados empíricos, sobretudo qualitativos, também através da participação em eventos selecionados por sua relevância para a discussão que se buscou empreender.

Ao analisar o processo de formulação/implementação da proposta no contexto do Sistema Único de Saúde, nos anos 90, recuamos no tempo (até os anos 70), na perspectiva de iluminar aspectos da discussão sobre Atenção

Primária, Medicina Comunitária e Medicina Familiar que apontam para vínculos entre elas e que julgamos pertinentes para compreensão do processo recente.

Julgando que a “Saúde da Família” apresenta diferentes experiências no Brasil, inclusive anteriores ao PSF, tentamos mapear aquelas que nos pareceram mais relevantes, não só por sua visibilidade, mas também por suas diferentes inspirações. Tal é o caso de Porto Alegre, com a proposta do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, com base no modelo inglês dos GPs - *General Practitioners*; Niterói, cujo Programa do Médico de Família foi concebido segundo o modelo cubano; e a experiência de Curitiba, que sob inspiração particularmente de canadenses, vem implementando o Programa de Saúde da Família.

Advertimos que o estudo não pretendeu realizar uma análise exaustiva de cada uma dessas experiências e menos ainda dos sistemas de saúde daqueles municípios, mas sim, reunir elementos relativos à sua concepção e operacionalização enquanto variações possíveis de um mesmo programa de “Saúde da Família”. Desta forma, buscamos fornecer subsídios para os debates em torno da proposta, motivados principalmente com a NOB 96.

Tentamos com as informações reunidas, refletir sobre a proposta (“Saúde da Família”) na perspectiva da “agenda reformista” brasileira dos anos 90 e do debate, nacional e internacional, a respeito do papel do Estado em relação às políticas públicas, sobretudo no que se refere à discussão em torno do caráter universal ou focal das estratégias de ação social, para promover equidade e justiça social.

Desta forma, dedicamos o **primeiro capítulo** a uma breve retrospectiva do contexto mais amplo da chamada crise econômica atravessada pelo Brasil, como, ademais, pela Região das Américas na última década, e seus reflexos sobre as políticas sociais, inclusive de saúde, com particular enfoque sobre as orientações em torno da Reforma do Estado e, na perspectiva setorial, da Reforma Sanitária Brasileira.

Na segunda parte do trabalho, o **capítulo 2**, buscamos estabelecer o que denominamos de antecedentes da proposta de “Saúde da Família”, sob o marco da temática da organização de serviços e sistemas de saúde, com ênfase no enfoque da atenção primária e nos movimentos de reforma da prática médica, descrevendo ainda, de forma sintética, os “modelos” ou “paradigmas” internacionais que inspiraram os exemplos escolhidos de “Saúde da Família” implementados no Brasil.

O **capítulo 3** é dedicado à descrição da proposta de “Saúde da Família” como política de Estado, segundo sua formulação pelo Ministério da Saúde na década de 90, onde são mapeados documentos relativos a sua concepção e regulamentação, com ênfase na última Norma Operacional para o Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 01/96.

Finalmente, apresentamos no **último capítulo** três exemplos de propostas de “Saúde da Família”, duas das quais anteriores ao próprio programa do Ministério da Saúde (e que também lhe serviram de inspiração), por sua relevância no processo de difusão de idéias e experiências, nacionais e internacionais. Desde a mais antiga, a do GHC em Porto Alegre, incluindo a de Niterói e chegando até a mais recente, a de Curitiba, todas representativas de estratégias de organização da atenção básica, com enfoque voltado à família/comunidade no Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO I

O CONTEXTO REFORMISTA DOS ANOS 90 E O SETOR SAÚDE: AS POLÍTICAS UNIVERSAIS EM QUESTÃO

O Brasil, assim como a Região das Américas, iniciou os anos 90 em condições de grande dificuldade econômica e social, depois de haver passado na década de 80 por um período em que o crescimento econômico permaneceu estagnado ou apresentou franca regressão.

A crise se manifestou de diversas maneiras nas esferas econômicas dos países do continente e as conseqüências sociais significaram um aumento da desigualdade e da pobreza, intensificadas pelos processos de urbanização massiva e pelo crescimento demográfico, como aponta uma farta bibliografia sobre o assunto (BUSTELO,1994; FANELLI, FRENKEL & ROZENWURCEL, 1992: 49-50 *apud* ALMEIDA, 1996; COHN,1994;1997; TEIXEIRA,1994;1997).

A diminuição do gasto nos setores sociais potencializou as insuficiências históricas de infra-estrutura básica e serviços públicos, além da falta de resposta adequada às necessidades essenciais de grandes setores da população, perpetuando uma dívida social de largas proporções.

Neste contexto, grandes obstáculos estruturais foram intensificados por dificuldades conjunturais, refletindo-se sobre as condições de saúde das populações, sobre a capacidade social de produção de serviços de saúde pública e atenção médica, e sobre a assignação de recursos públicos e privados para financiar as ações de saúde.

A crise econômica afetou as políticas sociais através da redução da massa salarial e do decréscimo do número de empregos formais (fonte de arrecadação da Seguridade Social), ao mesmo tempo em que aumentou a

demanda por serviços por parte dos trabalhadores do setor informal e da classe média empobrecida.

A marcada redução do gasto público nas chamadas “atividades não produtivas” como saúde e educação, em consequência das políticas de ajuste macroeconômico, levou a uma redução ou estancamento do montante de recursos disponíveis para desenvolvimento e operação dos serviços de saúde. Também se traduziu na incapacidade de manter um nível adequado de gastos correntes, comprometendo o funcionamento de programas, desenvolvimento administrativo e capacitação de recursos humanos (BUSTELO, 1994).

Não somente a crise levou ao aumento do desemprego e da pobreza, mas também à redução ou estagnação da renda *per capita* e o peso da dívida externa influenciou as políticas de ajuste fiscal, comprometendo o volume de recursos destinados para a saúde. Em outras palavras, havia pouco ou menos recursos para atender a uma crescente demanda em potencial.

Segundo o informe *Las condiciones de salud de las Américas, 1985-1988*, os países do continente estariam vivendo um processo de mudança acelerado, impactando todos os aspectos da vida social e produtiva, com amplas repercussões sobre a situação demográfica e de saúde, assim como na natureza, estrutura e distribuição dos serviços de saúde.

A população da América Latina continua crescendo, ainda que num ritmo menor, e estima-se que chegará aos 528 milhões no ano 2000. Esta população é predominantemente jovem, mas uma proporção progressivamente crescente supera os 65 anos. Tais mudanças na estrutura etária representam, em termos absolutos, um aumento de pessoas na terceira idade, o que tem consequências diretas sobre os padrões de demanda de serviços de saúde. (OPS, 1991)

Existem na Região dois grandes perfis de morbi-mortalidade, cujas tendências se sobrepõem, conformando um mosaico epidemiológico diverso e complexo. Por um lado, nos países de baixa renda e nos setores mais

desfavorecidos da população dos países de média e alta renda, as principais causas de enfermidade e morte continuam sendo as doenças tradicionais do subdesenvolvimento, em grande medida preveníveis. As doenças diarréicas, as infecções respiratórias agudas e as doenças imuno-preveníveis mantêm altas taxas de incidência e mortalidade, sobretudo na infância. A este quadro se agrega o recrudescimento de endemias infecciosas e parasitárias, como a malária e o dengue.

Por outro lado, a consequência das mudanças demográficas, a diminuição da mortalidade infantil e os crescentes processos de urbanização e industrialização, entre outros condicionantes, têm ocasionado mudanças nos estilos de vida e no ambiente, determinando novos riscos para a saúde. Assim, as doenças cardio-vasculares, o câncer, os acidentes e consequências da violência, junto aos problemas perinatais, têm ocupado os primeiros lugares como causas de morte na maioria dos países; por sua vez, as doenças crônico-degenerativas, os transtornos mentais e em adição o álcool e as drogas têm ocasionado incapacidade e morbidade crescentes.

Soma-se ao anterior o surgimento de novos problemas de ampla magnitude, como é o caso da pandemia da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS), com uma concentração na Região das Américas de quase $\frac{3}{4}$ dos casos mundiais reportados (OPS, 1991).

O enfrentamento de tais problemas parece ainda mais complexo quando se considera que a estrutura e distribuição dos serviços de saúde não têm dado uma resposta adequada e suas ações têm sido insuficientes ou deficientes tanto em termos de cobertura como em relação à qualidade.

Um ponto crítico neste processo tem sido a subordinação das políticas de saúde às políticas de desenvolvimento macroeconômico (ALMEIDA, 1995;1996). A integração dos serviços de saúde a outras áreas sociais vem sendo estimulada, bem como as estratégias de focalização para grupos mais vulneráveis e que sofrem os efeitos mais adversos da crise e do ajuste econômico. Fundos específicos, usualmente com financiamento externo, são

utilizados com este fim, geridos por estruturas administrativas criadas fora das estruturas burocráticas normais. Entretanto, o impacto desses fundos não tem sido avaliado (ISP, 1998).

No documento com orientações estratégicas e programáticas para o período 1995-1998, a Organização Panamericana de Saúde avaliou que a infra-estrutura de atenção à saúde na Região não se expandiu, havendo indicações de que, na realidade, sofreu deterioração, devido à redução da despesa pública em saúde. Porém, aponta um considerável crescimento do setor de atenção privada, não só em relação à infra-estrutura, como também à incorporação de novas tecnologias e modernização.

Os gastos totais em saúde na Região foram estimados em 5,7% do PIB e a despesa familiar direta em saúde foi maior do que os gastos do setor público, sendo que os dados levantados apontaram uma distribuição desigual entre as diversas categorias de renda dos países, constituindo-se em outra indicação das desigualdades existentes no setor (OPS, 1995).

Os problemas estariam se agravando, na medida em que o ciclo expansivo da oferta de serviços em relação ao crescimento demográfico teria cessado ao final dos anos 80, em consequência das políticas de ajuste fiscal.

Na arena sanitária internacional, o crescimento da participação de agências financeiras supranacionais na formulação de políticas sociais assume maior expressão, destacando-se o aumento dos financiamentos do Banco Mundial no setor saúde, sob a difusão das medidas de ajuste macroeconômico e racionalização do gasto setorial para os países em desenvolvimento (MELO & MOURA, 1990; LAURELL, 1994; ARELLANO, 1994; MELO & COSTA, 1995; ALMEIDA, 1996; COSTA, 1996).

O Banco passou a expressar seu interesse crescente pela questão social através do documento *Financing health care: an agenda for reform* (WORLD BANK, 1987) e os informes sobre o desenvolvimento mundial dedicados à pobreza e centrados nas prescrições para a reforma em saúde

(WORLD BANK,1990;1993). Neste último (1993), aparece a preocupação em atrelar o financiamento e provisão de serviços sanitários à definição de prioridades, segundo princípios econômicos de custo-efetividade.

Assim, para essa instituição, os fundamentos da ação governamental na saúde deveriam ser a redução ou alívio da pobreza, geração de bens públicos voltados para as externalidades e correção das deficiências do mercado de serviços, sobretudo no que concerne à assistência médica proporcionada através dos seguros-saúde.

Para reduzir a pobreza seriam necessárias duas estratégias: promover a utilização do “bem maior dos pobres” - o trabalho; e utilizar seu capital humano, mediante o acesso a atendimento médico, educação e nutrição básicas. Para isto, segundo os argumentos utilizados pelo Banco, seriam necessárias restrições, pois quando se oferece a todos gratuitamente todo tipo de atendimento, os serviços acabam sendo racionados, por área geográfica ou em função da qualidade (WORLD BANK,1993).

O financiamento público irrestrito acentuaria a tendência à elevação dos custos e acarretaria o risco do racionamento do atendimento médico, o que afetaria especialmente os pobres. Portanto, o papel do governo limitar-se-ia a ofertar um pacote bem definido de serviços essenciais e capacitar melhor os mercados de seguro e atendimento de saúde para prestarem assistência discricionária, por meio da iniciativa privada ou do seguro social (WORLD BANK,1993).

A gratuidade do atendimento deveria ser dimensionada a partir de dois critérios principais: a prevalência da pobreza e a capacidade do país para financiar o atendimento, focalizando clientela-alvo ou “grupos vulneráveis” (crianças, gestantes, idosos), ou na opção entre tratamentos preventivos e curativos.

O pressuposto da restrição assumido pelo Banco é de que na maior parte do mundo seria possível obter resultados muito melhores na área de

saúde, mediante um número relativamente pequeno de intervenções eficazes em termos de custos, passíveis de serem realizadas com poucas despesas e sem necessidade de instalações de alto nível e/ou de médicos especializados (WORLD BANK, 1993 a).

A cultura técnica do Banco Mundial promove importante inflexão na lógica das políticas públicas na área social ao explicitar a subordinação dos princípios de equidade aos de eficiência, efetividade e economia nos gastos públicos. É a partir desta lógica que está inserida a preocupação com seletividade e focalização das políticas de proteção social.

(...)A orientação para o mercado tende a fixar a proposição que a redução do gasto público social, com a ampliação da privatização, racionaliza custos e aumenta a eficiência. A política pública social desempenharia papel compensatório, devendo ser dirigida basicamente para os chamados setores pobres da população. Insiste-se em que as políticas sociais deveriam deixar de ser universalistas, assumindo caráter focalizado para atender às populações vulneráveis. Dessa forma haveria aumento na eficácia e na equidade do gasto social (COSTA, 1996:19).

Também com vistas à reforma setorial, em 1994 a própria Organização Panamericana de Saúde - OPS, em parceria com a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe), formula a *Proposta sobre saúde na transformação produtiva com equidade*, abrangendo os seguintes componentes (OPS/CEPAL, 1994):

- i) ação intersetorial e multisetorial no âmbito da saúde;
- ii) desenho e implementação de uma cesta básica de atenção à saúde;
- iii) focalização de programas e ações de saúde;
- iv) reforma do setor saúde, que compreenderia mudança institucional e cultural, além da descentralização; participação social e reconhecimento da diversidade de agentes e papéis no financiamento, regulação, gestão e provisão de serviços de saúde; desenvolvimento da capacidade de monitorar

os problemas prioritários de saúde em diferentes setores sociais e o impacto das intervenções sobre as iniquidades em termos de saúde; e,

- v) investimento na recuperação e ampliação da capacidade instalada do sistema de saúde e da infra-estrutura básica.

Neste documento a concertação entre os diversos atores que participam da geração de bens e serviços no setor saúde é considerada imprescindível para definir o papel de cada um e garantir o acesso universal a um conjunto básico (a cesta básica) de serviços sanitários, cujo conteúdo dependerá não só das necessidades existentes mas também dos recursos disponíveis, capacidade de resposta do sistema de saúde e nível de desenvolvimento tecnológico atingido. Acredita-se que a ampliação da cobertura será conseqüência da adaptação da cesta básica às necessidades de grupos específicos em áreas geográficas bem delimitadas (OPS/CEPAL, 1994; OPS, 1995)

I.1 Reforma do Estado e Reforma Sanitária: contornos da agenda setorial

No cerne do debate sobre as políticas governamentais na área social, inclusive saúde, está o tema da Reforma do Estado, tanto do ponto de vista de mudanças políticas, como institucionais, a que o Banco Mundial dedica o *World Development Report - 1997* (WORLD BANK, 1997). Em relação à “melhor utilização dos recursos públicos”, o Banco recomenda como medida vital “a disposição de adotar um enfoque pluralista na prestação de serviços: permitir a prestação privada, concentrando ao mesmo tempo a participação pública direta na provisão de bens e serviços ‘genuinamente coletivos’, ...dada a tradição histórica da participação privada e comunitária na provisão de infra-estrutura e serviços sociais” (WORLD BANK, 1997:56).

No caso do Brasil, os princípios da Reforma Sanitária engendrados ao longo das três últimas décadas podem ser considerados um exemplo da possibilidade de reformar o Estado no sentido de ampliar sua participação na oferta de benefícios sociais, assumindo as idéias de um modelo de desenvolvimento socioeconômico centrado numa forte participação estatal para a sustentação e a provisão pública da infra-estrutura necessária para tal.

Como efeitos positivos são apontados um aumento da base técnica do setor, emergência de modalidades inovadoras de gestão participativa, constituição de novos atores políticos, fortalecimento do poder local, disseminação de uma consciência sanitária (CARVALHO, 1995; TEIXEIRA, 1997; BARROS, 1997; COSTA & RIBEIRO, 1997, entre outros).

Por outro lado, a partir do conceito de “efeitos perversos” (de uma determinada política), Pereira (1996) argumenta que “a solidariedade universalista”, presente no movimento da Reforma Sanitária que originou o Sistema Único de Saúde, principalmente através de seu princípio de universalização, traduzido na homogeneidade de acesso e cobertura a toda a população brasileira, por não ter sido acompanhado da definição das fontes de financiamento compatíveis, teria reforçado a deficiência do setor público de saúde, sobretudo em relação à qualidade dos serviços, favorecendo de forma não intencional a medicina privada supletiva e as alternativas neoliberais. Teixeira (1997) acrescenta que a redução do gasto público como parte das medidas de estabilização econômica, com conseqüente deterioração da rede pública, teria feito com que, progressivamente, tanto os usuários com maior poder aquisitivo quanto os prestadores com maior capacidade competitiva passassem a buscar uma alternativa ao SUS, através de vinculação ao mercado privado de planos e seguros de saúde.

Estes autores, assim como Médici (1990), também argumentam que a expansão do sistema privado teria sido propiciada pelos incentivos estatais ao setor, seja através da não tributação das contribuições efetuadas pelos usuários, seja através da compra de planos para os funcionários de empresas estatais, ou ainda pela não regulação deste setor pelo Ministério da Saúde.

O fenômeno da “universalização excludente” (FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990) é apontado como um dos efeitos indesejáveis da reforma, onde as intenções de criação de um sistema único universal e público teriam reforçado um sistema dual, com afastamento dos setores médios e aprofundamento da segmentação de clientela.

Em contraste com a opção desenhada pela Reforma Sanitária, orientações para um padrão organizacional coerente com o cenário internacional da economia e de difusão de modelos de reforma setorial (ALMEIDA, 1995;1996) têm provocado a revisão de concepções e valores em torno dos instrumentos, metas e soluções para a gestão pública, sob o principal argumento da crise de “governança”, ou seja, da incapacidade de o governo implementar políticas públicas. Na perspectiva assumida pelo pensamento neoliberal, a solução estaria na formação de um Estado que deixaria de ser responsável direto pelo desenvolvimento social e econômico através da produção de bens e serviços, para fortalecer as funções de promoção e regulação desse processo.

Sendo assim, a descentralização surge também como uma estratégia de mudança e reestruturação do Estado, mas a concepção varia segundo o entendimento de seu papel, muito diferente entre conservadores (idéia do Estado mínimo) e progressistas (Estado mais permeável aos interesses coletivos). Assim, o conceito de descentralização não estaria, a priori, necessariamente associado à democratização, nem à participação, nem à eficácia da gestão (JUNQUEIRA, 1997).

No Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial (1997), no capítulo intitulado “*Bringing the State Closer to People*”, o Banco Mundial discute a descentralização tanto do ponto de vista de *match public services more closely with local demands and preferences and to build more responsive and accountable government*, como alerta para os riscos de *pitfalls, including the possibility of increased disparity across regions, loss of macroeconomic stability, and institutional capture by local factions, especially in highly unequal*

societies (WORLD BANK, 1997:120). Nesta última perspectiva é que o relatório cita como exemplo a experiência do Brasil.

Neste caso, o Banco afirma que embora a descentralização tenha reorientado os recursos para os níveis subnacionais, não teria havido uma correspondente explicitação ou expansão das responsabilidades locais e os governos teriam utilizado grande parte dos recursos adicionais para ampliar o funcionalismo e lançar “projetos duvidosos”, havendo poucas indicações de melhoria da eficiência do gasto no setor público. A descentralização teria aumentado o déficit fiscal e, em meados dos anos 90, cerca de um terço do déficit federal era atribuído à dívida subnacional, relacionada principalmente aos grandes estados. O Banco conclui que *Brazil's experience shows that political and fiscal decentralization does not guarantee improved public sector efficiency, and may threaten macroeconomic stability* (WORLD BANK, 1997:125).

Pereira também adverte, compartilhando a opinião de outros autores, que um dos grandes problemas do processo de descentralização, a partir da reforma sanitária, teria sido sua condução como sinônimo de municipalização, onde a ausência de uma homogeneidade mínima às políticas provocou a fragmentação institucional e a quebra de laços nacionais. Como conseqüência, a descentralização estaria sendo alvo da influência de interesses locais, em sua maioria corporativos e clientelísticos, em detrimento de dar resolubilidade aos problemas da população, fenômeno denominado por Melo de “neolocalismo” (MELO, 1993 *apud* PEREIRA, 1996:458).

O princípio da focalização resultaria das dificuldades fiscais dos governos em subsidiarem programas sociais solidários e universalistas, justificando-se assim a prioridade no direcionamento das políticas sociais para as camadas de mais baixa renda. Segundo Pereira (1996), esta situação torna-se ainda mais dramática em países como o Brasil, onde há crescentes dificuldades de financiamento em função do comprometimento das bases de arrecadação decorrentes da desproporção entre o número de trabalhadores integrados no mercado formal de trabalho (contribuintes dos programas

sociais) e o grande contingente no mercado informal, igualmente usuários em potencial do sistema de proteção universal.

A proposta de reorganização da atenção à saúde elaborada pelo Banco Mundial, alvo das maiores polêmicas, prevê a provisão de um pacote de serviços clínicos essenciais, financiado com fundos públicos, e medidas de saúde pública consideradas como produtoras de externalidades positivas, intervenções consideradas de alta efetividade a custos reduzidos. O gasto com ações de maior complexidade deve ser menor para flexibilizar os serviços, torná-los competitivos e permitir uma oferta dinâmica do mercado, que ofereça diversas opções aos usuários.

Acoplada a essa agenda está a idéia de promoção da competição entre prestadores de serviços, públicos e privados, como forma de aumentar a eficiência, atender a demanda do consumidor e melhorar a qualidade da atenção (ALMEIDA, 1995).

Assim, o Banco Mundial recomenda ao governo brasileiro *utilization of matching federal grants to encourage private, individual, community and business contributions to establish or expand social programs such as health clinics*, e no caso específico de programas de saúde da família *promote the contracting of family health cooperatives, community-based organizations and NGOs* (WB, 1996:90).

Os desafios permanecem, portanto, para alcançar no cenário deste quase final de década (e de milênio) a imagem objetiva que o SUS significou: um sistema nacional de saúde, universal, com cobertura ampla e acesso garantido a toda população.

O Ministério do Planejamento e Orçamento sugere a seguinte questão:

É a concepção do SUS que envelheceu precocemente nesses novos tempos de globalização ou, ao contrário, o modelo permanece atual e deve ser preservado, alterando-se, contudo, sua estratégia de implementação? (IPEA, 1997:75)

Nessa perspectiva, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA afirma que para que os princípios de universalidade e integralidade possam ser sustentados num contexto de fortes restrições fiscais, é indispensável promover transformações profundas no processo de implementação do SUS, que envolveriam:

- a) revisão do modelo assistencial;
- b) modernização e profissionalização da gestão;
- c) regularidade do financiamento, inclusive como pré-requisito para a necessária credibilidade do processo de descentralização; e,
- d) fortalecimento da capacidade regulatória do Estado

De forma muito sintética, diríamos que, em linhas gerais, as considerações deste órgão apontam para uma “flexibilização” da gestão e da gerência, especialmente de hospitais, bem como da relação público-privado, tentando conciliar o desenho político-institucional do SUS com a agenda reformista mais ampla.

No caso do modelo assistencial, a essência da mudança estaria na figura da “porta de entrada”, para “filtrar” a demanda por serviços médico-assistenciais, a exemplo do caso inglês com os *General Practitioners (GPs)*. Mas o PSF é referido, ao lado do PAS - São Paulo, apenas como proposta de adscrição de clientela, tendo em vista que, segundo o IPEA, no Brasil, unidades de saúde que contassem com especialidades básicas, como clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria, poderiam desempenhar papel similar de porta de entrada, uma vez que a especialização médica é um fenômeno de difícil reversão, pelo menos no curto e médio prazos, e não existe mais, na quantidade e com a qualidade necessárias, a figura do clínico geral ou médico de família (1997:81).

Observamos assim, que mesmo do ponto de vista de diferentes agências intra-governamentais também não há consenso em torno da proposta de “Saúde da Família”.

Por outro lado, segundo Barros (1997), o SUS enfrenta outras proposições que ameaçam mais frontalmente sua concepção, como no caso de duas propostas de Emenda Constitucional:

- 1) a Proposta de Emenda Constitucional 32 (PEC), que alteraria o artigo 196 da Constituição Federal, visa impor limites ao direito à saúde e restringir o dever do Estado na provisão dos meios para seu exercício; e,
- 2) a proposta da Reforma Administrativa para a Saúde, que aponta para a separação da assistência hospitalar, a reconstituição de um órgão federal para geri-la e a transformação das unidades hospitalares em “organizações sociais”.

Romper-se-ia assim, com o princípio da integralidade, reinstalando-se duas características indesejáveis: a fragmentação e a centralização.

Esta autora especula sobre a possibilidade do governo federal manter como sua única responsabilidade o financiamento do gasto hospitalar, remetendo aos governos estaduais e municipais a atribuição de financiar as demais ações, tarefa que considera inexecutável diante da realidade tributária do Brasil.

A seu ver, a aprovação de tais medidas, ainda que pouco provável, significaria a ruptura com os princípios centrais do SUS e um profundo retrocesso na política de saúde do país (BARROS, 1997:131).

Numa perspectiva muito semelhante àquela criticada por Barros, Médici (1990) formula, ainda no final da década de 80, a seguinte proposta de “reordenamento” do modelo de assistência, cuja citação vale a pena reproduzir:

(...) um caminho “natural” para o reordenamento do modelo médico assistencial brasileiro poderia consistir em

deixar ao setor público a responsabilidade pela prestação dos cuidados básicos com a saúde, de forma que a rede de triagem de pacientes, o estabelecimento de rotinas e fluxos de encaminhamento fossem tarefas básicas desse setor. Nos níveis de maior complexidade prevaleceria um modelo calcado na combinação público-privado, onde o setor público teria um papel normativo e fiscal, tendo em vista estabelecer padrões de funcionamento desse nível de atendimento. Os níveis de complexidade quaternária (hospitais de referência para certas especialidades), bem como centros de pesquisa médica e geração de conhecimento, deveriam continuar a ser atribuições primordiais do Estado, dado o alto custo envolvido (pouco atrativo para o mercado privado) e a necessidade estratégica de direcionar a produção e difusão do conhecimento para auxiliar as populações mais necessitadas (1990:2,3).

Entretanto, para Campos (1997), a idéia de transformar a rede básica pública em instrumento de controle da demanda por atenção individual só se torna possível com alterações profundas nas relações do setor privado com o SUS, porque em sua opinião, há uma oposição básica entre a captação livre de pacientes pelos hospitais contratados e a idéia de tornar a rede pública responsável por esses encaminhamentos. O autor argumenta que metade do atendimento de urgência do SUS ainda é realizado por serviços privados e que não tem sido possível a articulação de sistemas de referência entre redes básicas e hospitais.

Em síntese, o Sistema Único de Saúde, ainda não consolidado, entra nos anos 90 submetido ao agravamento da crise econômica e fiscal do país, tornando-se alvo, tanto quanto os setores sociais em geral, das políticas de ajuste e contenção de gastos, que colocam em jogo seus princípios universalizantes e solidários.

É, portanto, nesse contexto de debate de diferentes propostas de reordenamento dos serviços de saúde e de submissão da política setorial aos ditames dos cortes orçamentários no setor público, que se intensifica o não financiamento dos serviços e onde a proposta de “Saúde da Família” ganha proeminência, transformando-se numa das estratégias prioritárias do governo

federal para impulsionar uma transformação no modelo assistencial do SUS. Suas diferentes interpretações, apoiadas em distintas abordagens e formas de implementação, têm um ponto em comum: a aceitação, aparentemente ampla, do privilegiamento de uma visão focalizada da ação estatal na atenção à saúde.

A seguir, repassaremos o que consideramos como antecedentes do Programa de Saúde da Família, enfatizando particularmente o percurso das políticas de reforma voltadas para a atenção básica.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES DA “SAÚDE DA FAMÍLIA”: POLÍTICA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS E REFORMA DA ATENÇÃO BÁSICA

Um dos aspectos específicos do processo de reforma, qual seja o da formulação de propostas de práticas sanitárias ou modelos assistenciais, remete, além do debate ideológico, para importantes aspectos conceituais.

Assim, para Elias (1996), a análise de um sistema de saúde deve iniciar-se por desvelar a lógica da sua estruturação e de seu funcionamento, bem como as articulações institucionais que apresenta, levando-se em conta seus atributos em termos de população abrangida, modelo assistencial implementado e formas de financiamento adotadas.

Para esse autor, em sua forma abstrata, próxima a um certo “tipo ideal”, um Sistema de Saúde pode ser pensado de várias maneiras, sendo a mais usual e mais difundida aquela que agrupa as instituições que o compõem segundo os níveis de atendimento (primário, secundário, terciário, etc.) ou segundo locais de atendimento, estabelecendo uma hierarquização entre os diversos grupos (domicílio, centros de saúde, unidades mistas, hospitais especializados).

O conjunto destas distintas instituições pode ser agrupado segundo diferentes critérios, sendo os mais freqüentes os geográficos e os da população abrangida pelos serviços, como no caso dos Distritos Sanitários, Regiões de Saúde e Sistemas Locais de Saúde.

Segundo Schraiber (1996), a organização de serviços articulados entre si (Sistema de Saúde) traduz um modo de produção e distribuição social das ações de saúde, que comporta uma relação circular entre necessidades, oferta

e consumo, de tal maneira que são criados valores quanto ao “cardápio” das necessidades na sociedade, seus conteúdos e os critérios com que podem ser agrupadas.

Para essa autora, houve um momento histórico onde a definição das necessidades de saúde se deu por uma delimitação de “patamares” de demandas, os níveis primário, secundário e terciário, que seriam estratificações correspondentes a níveis tecnológicos progressivos de assistência, dirigidos a determinados segmentos populacionais, correlacionando-se suas distintas demandas. Dessa forma sugere que:

A definição de níveis estratificados de necessidades em saúde, delimitando quantidades e qualidades nos carecimentos de uma população, pode significar uma racionalização de formas e conteúdos de intervenção técnica tal que faculte um equilíbrio entre a demanda e os custos dos serviços (SCHRAIBER, 1996: 32).

Trata-se, a seu ver, de uma questão central à medida em que a vida coletiva é construída com base em relações mercantis, onde essa intenção racionalizadora tende a valorizar mais a satisfação das necessidades (entendida como chance de consumo) do que sua origem social. Um maior equilíbrio entre demanda e custos legitimaria socialmente uma extensão e acesso mais universal, com distribuição mais equânime da produção de serviços, conformando uma “economia de consumo da saúde” mais justa.

A autora adverte, entretanto, que esta economia de consumo é formulada com base nos critérios técnicos e financeiros existentes, sendo tarefa atribuída aos “*experts*” no campo da saúde que, embora sujeitos históricos, tendem a revestir suas proposições de neutralidade. Por essa razão, entende que tal justiça distributiva não equivaleria a uma *mais justa socialidade*, à proporção que não provocaria rupturas no plano das técnicas de intervenção, da política e ética da produção de serviços.

Buscando requalificar a assistência primária à saúde como uma noção mais complexa, Schraiber adverte que as concepções de serviços devem evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos, que mascaram a diferença existente entre complexidade científica das patologias e complexidade tecnológica do trabalho em saúde. Para ela, isso significa *valorizar positivamente a atenção primária como uma forma específica de organizar a prática e como tal, dotada de particular complexidade* (SCHRAIBER, 1996: 34).

Além de “porta de entrada” para o sistema de assistência, a atenção primária, cuja instância operacional é a unidade básica de saúde, constitui um nível próprio de atendimento que deve ser resolutivo para um conjunto de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual e envolvem tanto ações de saúde pública como intervenções clínicas voltadas para prevenção ou tratamento de doenças. Ainda que tais procedimentos sejam apoiados em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, exigiriam para sua adequada realização *sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas* (SCHRAIBER, 1996: 36).

Entretanto, como esse tipo de serviço tem sido definido como captador de demandas de menor custo em relação aos recursos tecnológicos e às ações especializadas, atenção primária tem sido confundida com medicina “simplista” ou de “baixa qualidade”. Segundo Schraiber, paradoxalmente, “sem argüir este valor”, da perspectiva da economia de consumo, essa característica foi identificada à estratégia de extensão de serviços, tornando-se desde meados dos anos 70, o lema central da OMS para alcançar a meta SPT 2000, sob o qual giraram todas as recomendações voltadas aos Serviços Básicos de Saúde, inclusive no Brasil, onde este foi o principal tema da VII Conferência Nacional de Saúde (SCHRAIBER, 1996: 36).

II.1 A Estratégia da Atenção Primária e suas Repercussões

Historicamente, o Sistema de Saúde no Brasil caracterizou-se pelo paralelismo entre ações de saúde pública voltadas à prevenção, e à assistência médica de caráter curativo. Institucionalmente, os cuidados básicos e as atividades de prevenção estiveram a cargo do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais, ao passo que a atenção médica-hospitalar era responsabilidade do sistema vinculado à Previdência Social.

Esta dicotomia entre saúde pública e clínica, prevenção e cura, atenção básica e atenção hospitalar, foi conformando um certo padrão de serviços que resultou na distribuição desigual da oferta, com concentração da assistência médico-hospitalar nos centros urbanos, ao passo que o interior do país e periferias das cidades ficaram limitados à atenção de menor complexidade, geralmente realizados por Postos e Centros de Saúde (AMS/IBGE,1992; VIACAVA & BAHIA,1996).

Os dados estatísticos da pesquisa AMS - Assistência Médico-Sanitária 1992 (realizada pelo IBGE e publicada em 1995), apontam estas distorções na análise da evolução da oferta de serviços e empregos do setor (VIACAVA & BAHIA, 1996). Entre outras informações relevantes, os autores apontam que a relação entre Postos e Centros de Saúde não conforma uma rede hierarquizada.²

Considerando-se o número de médicos por Centro de Saúde como indicador do porte e do potencial de atendimento e resolutividade, os dados sugerem que este tipo de estabelecimento possui, no seu conjunto, um número insuficiente de médicos face às atribuições que lhes são outorgadas pela legislação em vigor. Por outro lado, o total de empregos em hospitais,

² O estudo aponta que foram totalizados 8556 Postos para 14763 Centros, da mesma forma que a relação entre o número de unidades ambulatoriais prestadoras de assistência médica (Centros de Saúde e Clínicas Médico-Assistenciais) e o de hospitais é de apenas 3.2 estabelecimentos ambulatoriais para cada unidade de internação, para o país como um todo. Em relação à rede hospitalar (excetuando os estabelecimentos que referiram como primeira ou segunda especialidade a psiquiatria), a capacidade instalada é de 452.852 leitos mas sua distribuição é ainda mais concentrada que a de hospitais, sendo que 44,7% encontram-se na região sudeste.

excluídos os psiquiátricos, representa cerca de 65% do total de empregos no setor e, mais uma vez, a região Sudeste apresentou taxas superiores às demais (VIACAVA & BAHIA, 1996; MACHADO, 1996).

Tais distorções têm sido motivo de reiteradas críticas quanto ao deslocamento da função de referência do hospital para a de mero atendimento de casos que poderiam ser tratados em estabelecimentos ambulatoriais, transformando-o em uma das portas de entrada da rede de serviços.

Ressalte-se ainda, que o chamado “complexo médico-hospitalar” expandiu-se e consolidou-se na iniciativa privada, provocando um número cada vez maior de disputas pelos recursos públicos, com aumento crescente da demanda e incorporação de tecnologias (MÉDICI, 1990).

Assim, durante a década de 80, uma discussão marcante no país foi também a do modelo assistencial proposto. Na esteira do debate do final dos anos 70 sobre cuidados primários de saúde e da regionalização e hierarquização de serviços, surgiram diversas propostas como a dos Distritos Sanitários e a dos Sistemas Locais de Saúde - SILOS. Os projetos buscavam, a partir da estrutura de oferta de unidades de saúde de complexidades distintas, adequar a oferta às necessidades de saúde das diferentes comunidades.

Segundo Luz (1994), a hierarquização dos atos médicos segundo sua complexidade e especialização, a prioridade a ser dada a cada um, desde os mais simples aos mais complexos e especializados, também constitui um tema recorrente na história das políticas brasileiras de saúde (e de outros países, acrescentaríamos). A priorização dos atos médicos ditos primários, mais voltados para a maioria da população-alvo das instituições públicas de saúde, por oposição aos mais sofisticados, ditos terciários, mobilizou o debate institucional a partir dos anos 60.

No Brasil, os anos 60 e sobretudo os anos 70 registraram as primeiras iniciativas para uma reformulação médico-sanitária, no sentido de integrar a

assistência médica com a saúde pública e o setor privado com o setor público de produção de serviços. Entre essas iniciativas destacam-se o Plano de Pronto Ação (PPA), que normatizou as condições para expansão dos serviços assistenciais, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sob inspiração das propostas de Atenção Primária, patrocinadas pela Organização Mundial de Saúde (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994; BUSS, 1995; SCHRAIBER, 1996).

No plano internacional, a Conferência de Punta del Este, em 1961, patrocinada pela Organização Panamericana de Saúde (OPS), impulsionou o planejamento e o método de programação em saúde CENDES/OPS (OPS, 1965) na América Latina (MENDES, 1993; RIVERA, 1982; PAIM, 1981 *apud* VASCONCELOS, 1997). Desde então, começou a se falar sobre regiões programáticas e planos regionais.

Em 1972, sob os auspícios da OPS, os Ministros da Saúde das Américas reuniram-se em Santiago para elaborarem o Plano Decenal de Saúde para as Américas, onde a extensão de cobertura de serviços foi apontada como principal objetivo da década de 70. A incapacidade dos modelos de assistência à saúde vigentes de proporcionarem cobertura universal abriu campo para experiências alternativas de ações de saúde e práticas médicas, a partir de uma vertente doutrinária e conceitual baseada na regionalização, hierarquização e integração dos serviços, com ênfase na atenção primária que visava orientar a implantação de Programas de Extensão de Cobertura (WHO, 1976).

Almeida (1995) aponta que a partir dos anos 60, os resultados alarmantes em termos de custos, iatrogenia e utilização tecnológica desenfreada, conseqüentes das opções políticas de saúde do período pós-guerra, centradas na assistência médico-hospitalar, impulsionaram a revisão das práticas assistenciais e o surgimento ou reatualização de modalidades alternativas de prestação de assistência médica, extra-hospitalares, como a

Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, o Médico de Família e a Atenção Primária.

O viés da “prevenção”, nos anos 70, suscitou uma mudança de foco da “*engenharia médica*” para a “*engenharia societal*” (KLEIN *apud* ALMEIDA, 1995: 47) e para a reorganização do campo da atenção à saúde, ampliando a temática da agenda das políticas públicas, na medida em que a prevenção envolvia estilos de vida individuais e a ação coletiva pressupondo, por isto, a transformação da sociedade onde os serviços médicos ocupariam um papel secundário.

O enfoque da promoção da saúde sugeria que as políticas públicas deveriam se voltar para a criação de economias, sociedades e ambientes de trabalho saudáveis e não produtores de doença.

Numa outra perspectiva de análise, discutia-se sobre se a solução seria limitar a demanda dos usuários ou restringir a oferta gerada pelos prestadores diante da crescente escassez de recursos financeiros, o que estimulou a formulação de propostas racionalizadoras.

Na visão de Almeida (1995), os conflitos dessa época refletiam diferentes percepções de quais fossem os objetivos de um sistema de serviços de saúde e, portanto, de como deveriam ser organizados para atingir tais objetivos.

Na arena sanitária internacional, os efeitos dessa politização da questão sanitária aliada a mudanças nos financiamentos internacionais, também foram sentidos, segundo esta autora. A Organização Mundial da Saúde, liderança nos anos 50 e 60, mantinha uma linha de atuação baseada na perspectiva dos países centrais capitalistas, o que na década de 70 passa a ser questionado pelos países periféricos que reivindicam uma atuação internacional mais incisiva, com base nas causas sócio-econômicas das doenças e formas de enfrentá-las menos custosas que a assistência hospitalar, através de níveis de atenção considerados mais efetivos.

Em 1977, a 30ª Assembléia Mundial de Saúde lança, como principal meta dos governos e da OMS, a diretriz da Saúde Para Todos no Ano 2000 - SPT 2000 e, em 1978, realiza-se em Alma-Ata, Rússia, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, apontando a necessidade de mudanças radicais em relação às práticas e ao desenho dos serviços de saúde.

As recomendações de Alma-Ata dominam as políticas e os programas da OMS desde então. A expressão “saúde para todos” deveria ser entendida como a necessidade de colocar ao alcance de todo indivíduo a atenção primária integrada aos demais níveis de um sistema de saúde e previa-se a “retradução” da expressão segundo as características sociais e econômicas, situação sanitária e perfil epidemiológico, além do grau de desenvolvimento do sistema de saúde de cada país.

A atenção primária foi considerada como parte integrante de um sistema nacional de saúde completo e em coordenação com outros setores, constituindo-se na função central e principal meio para prestação de assistência sanitária, além de parte integrante do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.³

Na Declaração de Alma-Ata a atenção primária compreende pelo menos as seguintes atividades:

- educação sanitária;

³ Seus princípios fundamentais eram, segundo a OMS (1979): responsabilizar os governos quanto à saúde de suas populações; assegurar o direito e dever dos cidadãos de participar individual e coletivamente do desenvolvimento de sua saúde; garantia do dever dos governos e dos profissionais de saúde de prestar informações de saúde para facilitar maior responsabilidade dos cidadãos quanto à sua saúde (auto-responsabilidade); distribuição mais eqüitativa dos recursos de saúde, com preferência aos setores sociais mais necessitados; maior prioridade à prevenção integrada às ações curativas, de reabilitação e de higiene do meio; aplicação de tecnologia apropriada mediante programas de saúde bem definidos e integrados a um sistema de saúde de alcance nacional, baseado na atenção primária e nos princípios mencionados; e, orientação social dos profissionais de saúde de todas as categorias e formação técnica compatível com os serviços previstos.

- suplementação alimentar e nutrição adequada;
- abastecimento adequado de água potável e saneamento básico;
- assistência materno-infantil, inclusive planejamento familiar;
- imunização;
- prevenção e combate às doenças endêmicas;
- tratamento apropriado de doenças e traumatismos comuns; e,
- fornecimento de medicamentos essenciais.

Com base na Declaração, os governos deveriam formular estratégias que lograssem o formato de seus sistemas nacionais de saúde e a operacionalização da atenção primária, através de programas e serviços essenciais, população a ser coberta, acessibilidade, referência e participação comunitária. Além disso, deveria ser definida a tecnologia a ser utilizada e o perfil adequado de recursos humanos, com investimento em sua formação e aperfeiçoamento, de modo a garantir a reorientação do sistema de saúde. No próprio documento da OMS podemos ler:

*É muito importante conseguir que todo o sistema de saúde evolua conforme a direção e o conteúdo das políticas, estratégias e planos de ação novos e que a atenção primária de saúde e os serviços de apoio não se convertam em um sistema paralelo que seja um **parente pobre** do sistema vigente. Para dar um apoio adequado à atenção primária em todos os níveis, os governos terão que enfrentar-se com as realidades dos sistemas existentes, nos quais as funções e tendências principais podem diferir muito das requeridas para aplicar as políticas, as estratégias e os planos de ação novos (OMS, 1979:30).*

Em síntese, o enfoque da Atenção Primária implicava, por um lado, na prioridade à atenção básica, de modo a evitar os problemas de saúde e

agravamento das doenças e, por outro, num conjunto de ações e serviços que se estendiam para além do campo estrito da assistência médica, abrangendo as condições de vida das populações e incorporando a perspectiva da intersectorialidade.

Entre 1986 e 1992, sob os auspícios da OMS, são realizadas quatro importantes conferências internacionais em diferentes continentes que procuraram ressaltar a importância e a necessidade de uma reorientação das práticas e serviços de saúde, com base no enfoque da promoção da saúde e das chamadas “políticas públicas saudáveis”, renovando os princípios de Alma-Ata (OMS, 1986; 1988; 1991 e 1992).

Embora tenha se tornado uma organização mais politizada a partir de então, mudanças na composição do orçamento da OMS limitaram seu poder decisório, ao mesmo tempo em que cresceu a participação dos financiamentos do Banco Mundial no setor saúde, provocando uma nova configuração da arena sanitária internacional. (ALMEIDA, 1995)

Desejamos reter, por ora, que o processo desencadeado a partir de Alma-Ata para estabelecer a extensão e cobertura universal de serviços de saúde, no que diz respeito à dimensão da assistência médica, colocou em evidência sobretudo nos países menos desenvolvidos, as dificuldades da estrutura da produção de serviços médicos para realizar tal objetivo.

No Brasil, a atenção primária foi traduzida com o objetivo institucional de ampliar a cobertura de assistência médica pública para a população mais carente e excluída dos serviços de saúde, numa perspectiva de reduzir a incorporação tecnológica de equipamentos neste nível de atenção, ou seja, pressupunha a implementação de uma atenção simplificada e supostamente mais barata (SCHRAIBER & GONÇALVES, 1996).

II.2 Atenção Primária, Extensão de Cobertura e Reformas Médicas - Os Projetos de Medicina Comunitária e Familiar

A respeito de seu desenvolvimento histórico, a prática médica tem estado vinculada a fatores econômicos, políticos e ideológicos, institucionalizados de diversas formas nas sociedades modernas.

Desde os anos 50 as questões médico-assistenciais, em termos de higiene e educação sanitária, vêm sendo reelaboradas, concebendo-se noções como as do “diagnóstico precoce” das patologias e do “horizonte clínico”, fundamentos da teoria da História Natural das Doenças⁴.

Essa teoria teria produzido uma proposta de organização das práticas sanitárias que não se limitaria à assistência médica curativa da época, nem a educação sanitária, reduzida às noções de higiene. Sob esse enfoque, o paciente deveria ser abordado como “um todo bio-psico-social”, o que repercutiu sobre as intervenções terapêuticas reorientadas em termos de um sistema articulado de cuidados em níveis progressivos de atenção (primário, secundário e terciário), por referência às complexidades patológicas.

Tanto a noção de assistência integral, como ações articuladas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do todo bio-psico-social que é o doente, quanto a noção de níveis de intervenção, como instâncias complementares e intercomunicantes de um mesmo sistema hierarquizado de atenção, tiveram suas origens na História Natural das Doenças (SCHRAIBER, 1996: 42).

Segundo essa autora, essas noções foram veiculadas em dois grandes movimentos reformadores da assistência, tanto através do ato médico individual quanto da produção de serviços, respectivamente, a Medicina Integral e a Medicina Comunitária.

⁴ A este respeito, ver LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill. 1976.

Assim, numa abordagem com a qual tendemos a concordar, Almeida (1993) aponta, a partir das análises de Donnangelo (1975 e 1976), que o fato de que a generalização do consumo médico não se tenha efetivado igualmente para todos os grupos sociais e de que ainda persistam modalidades relativamente excludentes de produção de serviços de saúde, foi o ponto central dos projetos de reformas médicas tais como a Medicina Integral, a Medicina Preventiva, a Medicina Comunitária, a Medicina Social e, acrescentaríamos, a Medicina Familiar. Assinala que tais propostas mantiveram seu projeto nuclear, ou seja, a defesa de uma estratégia específica de mudança na prestação de serviços de saúde à população. Seus elementos constitutivos seriam os mesmos, como já havia analisado anteriormente Donnangelo:

...a conciliação entre a participação estatal e outros modelos de reforma, oriundos da necessidade de contenção de custos e de incorporação de demandas, geradas na estrutura social, que se voltam quer para a reorganização parcial do ato médico individual, quer para uma nova articulação entre agências das quais se desenvolve a produção de serviços (DONNANGELO, 1975 apud ALMEIDA, 1993:09).

Em sua análise sobre a proposta de Medicina Comunitária, Donnangelo (1976) fornece elementos bastante atuais para se pensar a “Saúde da Família”. Segundo esta autora, os movimentos da Medicina Integral e Preventiva adquiriram impulso nas décadas de 40 e 50, radicando nos mesmos processos de formulação das políticas estatais de saúde, constituindo-se, contudo, seu foco de interesse, a recomposição de fatores internos à prática médica. O ato médico individual tornou-se o alvo a partir do qual a medicina poderia corrigir deficiências técnicas e incorporar a dimensão social manifestada através da doença. O caráter fragmentário do trabalho médico, correspondente ao desenvolvimento das especialidades, foi confrontado com o conceito de “medicina integral” e uma concepção globalizadora (bio-psico-social) do objeto da prática. A eficiência técnica, a redução dos custos e o desempenho da

medicina face às necessidades sociais ficariam atrelados à solução deste confronto.

*A recomposição do sentido totalizador da prática implica, portanto, antes de mais nada: o descentramento do enfoque biológico e a correspondente orientação de cada ato médico no sentido de apreender e interferir com a complexidade do paciente dada por sua inclusão em um campo de relações onde **a família aparecerá como unidade fundamental**; a consideração do conjunto de fatores que concorrem para a emergência da enfermidade, e de sua interação, a fim de que a interferência se oriente para momentos precoces do processo saúde-doença, antecipando-se, sempre que possível, a necessidade do recurso a ações curativas. (DONNANGELO, 1976: 80) (grifos nossos).*

Nesta perspectiva, o profissional médico passaria a atuar como o agente de uma mudança capaz de transcender os limites do ato médico individual, estabelecendo novas relações com o indivíduo, a família e a comunidade, atingindo o meio social inclusivo, cabendo, entretanto, para o sucesso da estratégia, a reforma educacional, dado que as escolas médicas reforçam o caráter fragmentário e curativo da atenção médica.

No que se refere ao projeto da Medicina Comunitária, este viria agregar aos projetos anteriores uma nova dimensão, qual seja, a prestação de serviços a categorias excluídas do cuidado médico, constituindo-se, segundo Donnangelo (1976), numa de suas características básicas o fato de que emerge como forma paralela à organização predominante da assistência médica. É desta forma que se origina nos EUA e se difunde através de agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde.

Na seqüência da Medicina Integral e da Medicina Preventiva propunha a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psico-sociais, entre ações preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos de atenção à saúde. Também apresentava-se como alternativa para responder à

inadequação da prática médica em atender às necessidades de saúde das populações, tanto no tocante ao princípio do direito à saúde como por seu significado para o processo de desenvolvimento social.

Contudo, Donnangelo nos recorda que a Medicina Comunitária

... localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica, superáveis através de novos modelos de organização que tomem como base o cuidado dos grupos sociais, antes que os indivíduos (DONNANGELO, 1976:86)

As estratégias deslocam-se, portanto, do ato médico individual e do médico como agente privilegiado da recomposição do campo de atenção à saúde para a busca de novos modelos de organização cujo alvo seja a coletividade, ainda que permaneça o princípio da medicina integral.

Assim, também a Medicina Familiar, que nos parece guardar relações com tais projetos, tem suas bases como especialidade médica estabelecidas nos EUA desde 1966, como resposta às pressões sociais por um tipo de cuidado médico personalizado e, ao mesmo tempo, ao aumento da complexidade tecnológica da medicina, à tendência à hospitalização e especialização como padrões hegemônicos de exercício profissional, com conseqüente aumento da demanda (CEITLIN, 1982). Buscava-se, então,

... preparar un profesional capaz de proporcionar al público una atención médica en condiciones ideales: integral, continua, com una excelente relación médico-paciente, y considerando al individuo como parte de un entorno familiar y social (CEITLIN, 1982: 26:27).

No Brasil, propostas como as de Medicina Comunitária e Medicina Familiar chegaram, sobretudo, através de atividades acadêmicas. No quinquênio 1972-77, a Federação Panamericana de Associações de Faculdades de Medicina - FEPAFEM, com apoio da Fundação Kellog, havia

desenvolvido um programa para promover o ensino da Medicina Comunitária no continente, do qual participaram sete universidades de países latino-americanos, inclusive o Brasil. O conjunto de atividades realizadas durante o ano de 1978 constituiu o chamado “Programa Transicional”, uma ponte entre o programa de ensino de Medicina Comunitária, já finalizado, e o que começaria em 1979 - “Programa de Médico Geral/Familiar”.

Concomitantemente, Paim afirma que foi em 1973 que ocorreu uma primeira tentativa de introdução deste movimento no Brasil, através da Organização Mundial de Saúde e da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), que patrocinaram em maio daquele ano, juntamente com a Faculdade de Medicina de Petrópolis, o seminário intitulado “A Formação do Médico de Família”.

A nosso ver, a Medicina de Família não se configura exatamente como uma “novidade” enquanto estratégia de operacionalização da Atenção Primária, quando comparada a propostas semelhantes como, por exemplo, a da Medicina Comunitária. Tal como neste caso, não parece introduzir inovações significativas no processo de trabalho, tanto no que diz respeito à “simplificação” da prática médica quanto à constituição do trabalhador coletivo em saúde.

Do ponto de vista da prática, mantém-se a idéia de delimitação geográfica de um espaço, que se refere tanto à localização dos elementos a serem trabalhados quanto à externalidade em relação ao hospital como bem apontou Donnangelo em sua análise da Medicina Comunitária:

A concepção do processo saúde-doença em sua dimensão ecológica e psico-social, bem como a possibilidade de recomposição dos meios de trabalho e de novos usos para esses meios, constituem os fundamentos dessa delimitação que deve garantir, a um só tempo, maior eficiência técnica e redução de custos.(...) Registrar a comunidade, diagnosticá-la, identificar a sua configuração restrita, definir o seu específico padrão de saúde, avaliar os seus recursos, constituem os instrumentos de trabalho que devem permitir o estabelecimento

de um continuum entre o diagnóstico e a interferência em nível individual e coletivo (DONNANGELO, 1976: 91,92).

Outro ponto em comum, a participação comunitária, que sugere a mobilização social em torno da criação ou reorientação de interesses e objetivos, exige a pactuação de um consenso em torno do significado destas propostas de organização dos serviços, como condição à sua viabilidade operacional.

Entretanto, o que muda na formulação atual é a eleição da “Saúde da Família” como principal programa alavancador de uma específica forma de reordenação dos sistemas de serviços de saúde. Para avaliar essa nossa constatação faremos um exame no desenvolvimento da proposta desde seus primórdios.

II.3 Medicina Familiar - Origens, Definições e Incorporação em Diferentes Países

A atividade médica básica, tradicionalmente exercida pelo clínico, recebeu, em momentos e contextos específicos, denominações diferentes como “médico geral” ou “generalista” (“*general practitioner*”), “médico de atenção primária” (“*primary physician*”), ou “médico de família” (“*family physician*”). Seja qual for a denominação, sua função seria a de fazer o primeiro atendimento, ou dar assistência primária aos pacientes (referida ao nível do sistema de serviços) (CARNEIRO 1978).

Ainda que, em geral, admita-se não ser possível fazer grande distinção conceitual entre o médico de família, o médico prático geral ou o médico da comunidade, as diferenças residiriam na estrutura social local onde esses profissionais estejam inseridos e nas condições sócio-políticas de cada país (BRAVO, 1974).

De qualquer forma, alguns princípios parecem orientar a prática do chamado “médico de família”. Segundo Mc Whinney (*apud* CEITLIN, 1982:39), o médico de família:

1. está comprometido com a pessoa mais do que com um determinado corpo de conhecimentos, grupo de enfermidades ou uma técnica especial;
2. aspira compreender o entorno da enfermidade;
3. vê cada contato com o paciente como uma oportunidade para a prevenção e a educação sanitária;
4. considera o conjunto de seus pacientes como uma população em risco e, diferente dos clínicos que pensam habitualmente em pacientes individuais mais que em grupos de população, deve pensar em termos de ambos;

5. vê a si mesmo como parte de uma rede de serviços de saúde que o apóia através de toda a comunidade, podendo ser oficial, não oficial, formal ou informal;
6. deve compartilhar, sempre que possível, o mesmo ambiente de seus pacientes;
7. vê os pacientes em seu consultório, em suas casas ou no hospital variando a proporção de tempo que dedica a cada uma destas facilidades segundo o país, o sistema, a região, etc.
8. dá importância aos aspectos subjetivos da medicina; e,
9. é um gerente de recursos pois, como generalista e médico de primeiro contato deve ser capaz de, dentro de certos limites, controlar a referência aos serviços especializados e a admissão de seus pacientes no hospital.

A continuidade do cuidado é identificada como elemento crucial, no sentido da responsabilização do médico por seu paciente, ainda que tenha que referi-lo a outro profissional. Da mesma forma, também o é a atenção integral, que compreende medidas preventivas, curativas e de reabilitação, segundo o problema do paciente, e o cuidado da família, isto é, o atendimento de pacientes de ambos os sexos e de qualquer faixa etária, sendo a família a unidade de atenção.

A tendência para restaurar o modelo de um médico que representasse o antigo e tradicional clínico geral acrescido das habilidades próprias de outras práticas mais afeitas à saúde coletiva, ou seja, médico de família, insere-se no elenco de propostas que vêm sendo formuladas para reverter o desenvolvimento extensivo da especialização e fragmentação da prática médica nas últimas décadas, assim como do uso intensivo das hospitalizações, sobretudo face ao contínuo aumento de custos da assistência médica e ao questionamento de sua sustentabilidade econômica.

Na esteira do processo desencadeado a partir da Conferência de Alma-Ata, para realizar as intervenções preconizadas pela UNICEF (1985) no âmbito

da atenção primária materno-infantil (controle do crescimento infantil; rehidratação oral; amamentação; imunização; controle da natalidade e educação da mulher), muitos países em desenvolvimento incorporaram a figura do agente comunitário de saúde, estratégia que mostrou-se insuficiente para alterar os perfis de morbi-mortalidade de adultos (HAQ et al, 1996).

Assim, em termos da evolução da Medicina Familiar no mundo, dados reunidos de diversas fontes por esses mesmos autores oferecem uma indicação aproximada, sendo apontado que pelo menos 56 países possuem programas de formação em nível de pós-graduação, metade dos quais estabelecidos após 1970.

Na América Latina, antes de 1978 a Medicina Familiar estava restrita ao Panamá e à Bolívia, no âmbito do seguro social (CEITLIN, 1982).

Como mencionado, a FEPAFEM se dispôs a levar a cabo no triênio 1979-1982, um programa internacional com apoio da Fundação Kellogg, denominado "*Program on the General-Family Doctor in Latin America - Utilization and Training*", que incluía atividades informativas, motivadoras, de formação e assessoria, distribuídas em dez sub-programas (CEITLIN, 1982).

Os argumentos para justificar tal empreendimento eram *as novas políticas e transformações estruturais dos Serviços de Saúde (Sistemas) que se estavam implantando no continente* (FEPAFEM *apud* CARNEIRO, 1978:45).

No Brasil, a Associação Brasileira de Escolas de Medicina (ABEM) desenvolveu alguns esforços com vistas à coordenação e mudança de enfoque de dez Residências em Medicina Social e Preventiva para transformá-las em Residências de Medicina Geral. Posteriormente, a Comissão Nacional de Residência Médica aprovou um novo tipo de Residência em Medicina Geral e Comunitária (CEITLIN, 1982: 124).

Antes, porém, como aponta Paim (1986), sob a influência norteamericana, o Movimento da Medicina Familiar chega ao Brasil no início da década de 70. Nas palavras de Piquet Carneiro:

Agora que o assunto volta com toda a força da influência da medicina dos Estados Unidos, a Medicina de Família vai se tornar o grande movimento de renovação das estruturas de assistência médica estatal em nosso país (CARNEIRO, 1978: 19).

O Seminário promovido pela ABEM em Petrópolis (1973), patrocinado pela OMS, foi assim justificado pelo então diretor da Divisão de Recursos Humanos desta organização, Dr. Ernani Braga:

A realização, pela ABEM, de um Seminário para tratar das funções do médico de família e dos diversos aspectos de sua formação, representa iniciativa de indiscutível oportunidade. De fato, com a crescente tendência à especialização, (...) vai a profissão médica gradualmente perdendo de vista o complexo problema da saúde do grupo familiar. Cada vez mais dedica-se o médico à atenção individual, sem levar em conta que o paciente é membro do menor grupo social - a família - cuja condição de saúde resulta da interação de uma série de fatores que não poderão ser considerados isoladamente (BRAGA, 1973 apud CARNEIRO, 1978: 46).

Acreditando na necessidade de *reforma estrutural das universidades para iniciar-se a formação do médico de família*, Carneiro apontava também que *a noção de organização e de racionalização da profissão médica é completamente diferente da de estatização*, sugerindo a conciliação da livre escolha com a “*gratuidade da assistência*” (CARNEIRO, 1978: 47, 48). Essas idéias são corroboradas por outros autores em alguns círculos acadêmicos como Bevilacqua (1978), Rocha (1978), Mello (1978), Sayeg (1978), Chaves (1978), para citar alguns.

Numa abordagem crítica, Paim (1985, 1986) aponta que a proposta da Medicina de Família se caracterizava na América Latina como um movimento ideológico, que teria se traduzido no Brasil por um enfrentamento entre tendências da Saúde Pública. Segundo este autor, enquanto movimento de

reforma médica apresentava-se empobrecido conceitualmente quando comparado com outros movimentos que lhe precederam, tais como a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária, além de ignorar a lógica capitalista subjacente ao complexo médico-industrial.

Esquadrinhando documentos e eventos relacionados ao Movimento da Medicina Familiar no Brasil na década de 70, este autor oferece alguns elementos para uma aproximação de possíveis razões para a não incorporação da proposta no país naquele momento. No embate entre correntes e instituições (Associação Brasileira de Educação Médica, Conselho Nacional de Residências Médicas, Associação Brasileira de Saúde Coletiva), mantém-se a Residência em Medicina Preventiva e Social, que segundo os residentes, contemplava as diversas perspectivas de práticas para desenvolvimento de estratégias presentes nos programas de especialização em Saúde Coletiva (PAIM, 1985:213).

Num outro trabalho, Bordin & Silva (1987) procuram uma maior definição conceitual, metodológica e político-ideológica da mais nova especialidade médica reconhecida à época pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), - a Medicina Geral Comunitária - reconhecendo a polêmica entre esse movimento e o da Medicina Familiar, mencionando, inclusive, os trabalhos citados de Paim.

Segundo esses autores, a Medicina Geral Comunitária surge em 1976 com a implantação no Brasil dos dois primeiros Programas de Residência Médica, destinados a formação de médicos generalistas.⁵

Em 1987 existiam no Brasil nove programas , sendo dois deles no Rio Grande do Sul: Sistema de Saúde Comunitária Murialdo e Unidade de Medicina

⁵ Eram os então chamados 'Sub-programa de Internato e Residência em Hospital Regional Rural' do Programa de Saúde Comunitária do Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco e o Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária Murialdo⁵, da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul". Passaram a se chamar Programas de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária, após mudanças na legislação.

de Família do Grupo Hospitalar Conceição. Em termos de sua concepção, o programa do Murialdo propunha o termo Saúde Comunitária, ao contrário de Medicina, que segundo um de seus precursores, Dr. Carlos Grossman, traduzia melhor a proposta de uma residência multiprofissional, isto é, voltada para outros profissionais de saúde, além de médicos (Grossman, 1998, entrevista pessoal).

A fundação, em 1981, da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC) visava à promoção do intercâmbio científico, técnico, cultural e social entre os profissionais da área, mas ficou desativada até 1985, até porque membros da diretoria teriam se retirado para fundar a Associação Brasileira de Medicina de Família (ABRAMEF). A reativação de fato teria se dado em Assembléia que ocorreu durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde os profissionais buscaram estabelecer medidas relativas à formação e mercado de trabalho. Neste mesmo ano realizou-se o I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária, em Sete Lagoas, Minas Gerais, que, segundo os autores, caracterizou uma ruptura com a proposta de Medicina de Família que estaria fundamentada *nas diferenças das práticas sociais que tornariam seus objetivos divergentes, onde a última manteria uma prática privatizante e conservadora* (BORDIN & SILVA, 1987:08).

No Relatório Final do Congresso, que ocorre num momento importante do processo da Reforma Sanitária brasileira, junto às críticas à Medicina Familiar, aparece claramente a preocupação em assegurar o lugar dos médicos gerais comunitários na elaboração do “novo Sistema Nacional de Saúde” em discussão. Assim,

Uma das prioridades a serem buscadas na elaboração do novo SNS, deverá se situar no campo da prevenção e da promoção da saúde, assim como na Atenção Primária como um todo. O profissional médico que julgamos capacitado para atuar nesta área é o que tenha o perfil do Médico Geral Comunitário (MGC), tal como proposto neste Congresso.(...)O momento exige, portanto, que se defina com clareza o que seja o Médico Geral Comunitário. Para tanto, é necessário distinguir essas especialidades das afins Medicina Preventiva e Social (MPS) e Medicina Familiar (MF) (RBMGC, 1987:33)

E ainda,

Se a organização do setor de saúde passa pela valorização da Atenção Primária, defendemos a idéia de que se deva investir na formação de MGC em programas de pós-graduação sensu-latu e sensu-strictu. (RBMGC, 1987:34).

Na perspectiva de Paim (1986), por considerar que a Medicina de Família preservaria uma configuração da prática médica liberal que reforçaria a crise da saúde no Brasil, a reorganização e redefinição do setor apontava mais para políticas racionalizadoras e democratizantes, no sentido de *modificações mais substantivas no conjunto das práticas de saúde* e menos centradas no trabalho médico.

Entretanto, se as políticas de saúde no Brasil, na década de 80, apontavam para opções mais criativas para a formação de recursos humanos, como sugeria Paim (1986), compatíveis com o novo desenho do sistema, e se, de fato, este desenho exigia mudanças para além do trabalho médico, também parece coerente afirmar que, talvez relevada a segundo plano, a dimensão do trabalho médico parece ter se tornado importante nó crítico no processo de implementação do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Luz (1994), durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, o debate em torno da hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos, conduzido sobretudo pelos médicos ligados à saúde pública e à medicina social, tocou também os clínicos dos hospitais gerais públicos e alguns filantrópicos ligados à Previdência Social, que teriam reivindicado prioridade para os cuidados primários, integrados aos secundários e mesmo aos terciários, levantando também o problema da qualidade dos cuidados médicos institucionais voltados para a população de baixa renda.

Mas esta mesma autora reconhece que da VIII (1986) para a IX Conferência (1992), nenhum avanço pode ser registrado no tocante à formação

de recursos humanos, educação acadêmica e qualificação profissional dos profissionais de saúde, ainda que seja de conhecimento generalizado, há pelo menos duas décadas, que a formação nesse campo não tem sido adequada à realidade sanitária do país. Assim, ela afirma que:

O desconhecimento dos obstáculos que a formação tradicional pode gerar e tem gerado às políticas de saúde mais bem intencionadas e mais adequadas à realidade sanitária do país é, no mínimo sensível e, no máximo, assustador. É esse desconhecimento que se pode constatar recorrentemente nas Conferências de Saúde. Quando tratam dessa questão, fazem-no apenas de forma tangencial e subordinada à questão macroestrutural da política de saúde (LUZ, 1994:145).

Vale a pena registrar que em 1997, durante realização do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Águas de Lindóia, São Paulo, um pequeno grupo de médicos gerais comunitários tentou convocar uma reunião para tratar da reativação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, a título de “preocupação com a definição do perfil do médico para trabalhar no PSF”. Durante o encontro, que reuniu cerca de 10 a 12 pessoas, entre os quais dois médicos gerais comunitários do Grupo Hospitalar Conceição, foi discutida a questão da titulação do profissional médico como uma condição importante para trabalhar no PSF, e de novo, tal como no início dos anos 80, reapareceu a polêmica entre os termos “médico de família” e “médico geral comunitário”.

Houve a sugestão da criação de uma nova especialidade, a de medicina de família, “porque tem maior propaganda, é mais conhecido”. A questão levantada era: “Qual nosso papel, o que nos identifica?” Poderíamos interpretá-la como uma preocupação com o campo prático, por um lado e, por outro, com a formação acadêmica, ambos os aspectos relacionados a um mercado de trabalho. Não por acaso um dos presentes citou, fazendo críticas, o exemplo de Juiz de Fora, MG, onde, segundo ele, “o ingresso no PSF se dá através de concurso para curso de formação, findo o qual, o aluno é automaticamente contratado”. Também foi discutida a possibilidade de criação de uma “Sociedade de Saúde Comunitária” e não Medicina, para incluir outras

categorias, uma vez que a questão do trabalho em equipe, da interdisciplinaridade, retorna com a “Saúde da Família”, sendo argumentado, por outro lado, que a “centralidade do médico não tem sido problema”.

Aparentemente, a subordinação às questões colocadas pelas reformulações da política de saúde é recorrente no processo brasileiro, pois a criação de Pólos de capacitação profissional para o Programa de Saúde da Família vai ocorrer de forma atrelada à priorização do mesmo no âmbito da política governamental de reforma, assim como a maior preocupação com a inserção profissional e validação da “especialidade” do médico de família.

Este trabalho não pretende dar conta do modo como tal processo se deu nos diferentes países, mas julgamos pertinente uma breve descrição da tradução do modelo naqueles que de alguma maneira influenciaram ou serviram de inspiração para a implantação da “Saúde da Família” no caso brasileiro.

II.3.1 O “Médico de Família” em alguns países

O médico generalista, vinculado ou não à perspectiva do médico de família, de uma maneira geral está presente na estruturação dos sistemas de saúde, sobretudo os europeus. Seu espaço de atuação primordial está referido à “porta de entrada” do sistema, funcionando tanto como triador da demanda quanto como direcionador do consumo para os demais níveis de assistência de maior complexidade.

Isto é particularmente verdade nos sistemas majoritariamente públicos e, quase como norma, constata-se um relativo desprestígio dessa “especialidade” ao longo dos anos, tanto pelo investimento tecnológico que cada vez mais privilegiou as especialidades, quanto pela conseqüente “burocratização” que a função de *gatekeeper* acabou por absorver.

A crítica desse desdobramento indesejável da atenção básica, associada à agenda reformadora contemporânea, direcionada fundamentalmente para a contenção dos custos e dos gastos da assistência médico-hospitalar, tem reavivado o debate e reatualizado a conceituação do nível de Atenção Primária, traduzindo-se em diferentes incorporações da proposta de Medicina Familiar. Entretanto, como assinalado anteriormente, a idéia não é nova.

Assim, a emergência da Medicina Familiar nos EUA teria ocorrido ao final de um longo período de declínio da Clínica Geral em relação às especialidades médicas. Esforços neste sentido remontam aos anos 40 com o estabelecimento da *American Medical Association Section on General Practice* em 1946 e da *American Academy of General Practice* em 1947. Porém, a aprovação da nova disciplina como especialidade médica ocorreu apenas em 1969 (CANFIELD, 1976), quando a questão dos custos da assistência médica já preocupava os *policy makers* e pagadores de serviços em geral.

Já em 1946, no primeiro encontro da recém formada *Section on General Practice of Medicine*, foram sugeridas distinções entre a medicina geral e a medicina de família, onde *the future family physician would be thought not only the techniques of modern medicine and surgery but also the relationship of disease to personality, to economics and social problems* (CANFIELD, 1976:906).

Segundo este autor, ainda que a existência de especializações na medicina não seja um fato deste século, na América as especializações ganharam ênfase e impulso sem precedentes após o Relatório Flexner de 1910, que reestruturou toda a formação e prática médicas norte-americanas. Realizado num momento em que as ciências básicas - fisiologia, bioquímica, biofísica, genética, microbiologia e imunologia - emergiam com força, o Relatório provocou a redução do total de escolas à metade e o ensino formal, com base na pesquisa em ciências biomédicas, tornou-se fundamento para a prática.

Assim, as escolas médicas gradualmente tornaram-se *centers for conducting in-depth scientific research into specific areas of medicine in addition to providing the community with trained physicians. This trend was given impetus by ever increasing governmental financial pressure to conduct research into specific areas.* (CANFIELD, 1976: 905)

O primeiro *board* de especialidade médica, o de Oftalmologia, foi organizado apenas sete anos após a publicação do Relatório e desde então até meados dos 70, o número de especialidades reconhecidas pela *American Medical Association (AMA) Council on Medical Education and Hospitals* aumentou para 20, mais 03 subespecialidades. Paralelamente, o declínio do prestígio do generalista tornou-se evidente.

As specialties flourished, the general practitioner soon found that many aspects of his practice, especially the increasingly complex technical procedures, were best handled by the specialist. The result was increasing limitations of hospital privileges for the general practitioner. This naturally furthered the idea that the generalist was inferior to the specialist (CANFIELD, 1976: 905).

Nos centros médicos universitários, os clínicos gerais foram gradualmente sendo substituídos por especialistas nas áreas de ensino e pesquisa, onde

...the student was rarely given serious exposure to the application of the concepts of comprehensive care, health maintenance and preventive medicine, or rehabilitation. [e ainda] little emphasis was placed on the interaction between illness and environmental and psychological factors (CANFIELD, 1976: 905).

Este processo foi ainda mais acelerado durante e após a IIª Grande Guerra, sobretudo com o estímulo prometido à especialização pelo Exército e pela Marinha americana, ou seja, sob forte incentivo por parte do Estado, com

declínio percentual crescente dos clínicos gerais até os anos 60 (JANEWAY, 1974; ALMEIDA, 1995).

Entretanto, nos anos 60, retoma-se o debate sobre o Médico de Família. Em 1962, o *World Health Organization Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel* promoveu um encontro em Genebra para discutir a necessidade de treinar médicos de família para trabalhar em nível de atenção primária recomendando maior incentivo à pesquisa no campo da medicina familiar. Além deste relatório da OMS, de teor mais genérico, nos anos seguintes três outros foram elaborados nos EUA para estabelecer as bases da medicina familiar: o Relatório Mills, sob responsabilidade da *American Medical Association*, o Relatório Folsom e o Relatório Willard, todos expressando recomendações para uma política de financiamento e formação de médicos de família. (CEITLIN, 1982; CARNEIRO, 1978)

No artigo intitulado “*Teaching Family Medicine*”, publicado em 1965, Carmichael apontava aspectos considerados essenciais para formação do médico de família:

Psychological, sociological, and economic considerations will be as important as pathophysiology in arriving at a diagnosis. (...) Treatment will be directed towards symptomatic relief and disability reduction: control, not cure, will be the objective... Institutions concerned with health rather than disease will be developed. Hospitalization will represent not the epitome, but the failure of medical care... (CARMICHAEL, 1965 apud CANFIELD, 1976: 909: 910)

A nosso ver, os esforços para tornar a medicina de família uma nova especialidade nos EUA constituíram-se numa estratégia para conferir a esta modalidade da prática médica o *status* que a clínica geral não possuía, atraindo o interesse por este tipo de formação, talvez como forma de preservar aspectos considerados caros para o exercício da prática médica, a autonomia técnica e econômica, face à insatisfação da clientela e da preocupação do Estado e de

pagadores da assistência em geral com o aumento crescente do gasto sanitário.

Na realidade, nos Estados Unidos, a reatualização recente da “necessidade” do médico generalista está diretamente vinculada às inovações gerenciais introduzidas com o intuito de controlar a utilização de serviços especializados e hospitalares, tais como a atenção gerenciada e a competição administrada, numa perspectiva de contenção de custos. Isto tem-se traduzido em importante intervenção sobre a autonomia técnica profissional, com subordinação das prescrições médicas a rígidas padronizações elaboradas segundo avaliações de custo, relacionadas a pacotes de intervenção contratados para clientela específica (em geral de planos de seguro de pré-pagamento) (ALMEIDA,1995;1996). Não se pode, portanto, falar de uma reformulação ampla ou implantação do modelo de médico de família nos EUA, uma vez que, via de regra, as incorporações de medidas preventivas visam a prevenção de forma utilitária, isto é, no sentido de diminuir o uso posterior de assistência médica supostamente mais cara.

Na Inglaterra, por sua vez, o termo “médico geral” surgiu na estruturação da assistência médica há mais de um século, representando, então, a maioria de médicos que exerciam a profissão. Quase todos faziam cirurgia, praticavam obstetrícia, ginecologia e pediatria, prescreviam e dispensavam medicamentos. Não havia um treinamento comum, um registro ou um exame por meio do qual pudessem ser reconhecidos, sendo o século XIX o período de unificação da profissão na Grã-Bretanha (DRURY, 1976). Já no século XX, as sucessivas reestruturações da assistência médica, que culminaram com a criação do *National Health Service* (NHS) em 1948, institucionalizaram a histórica separação entre os *General Practitioners* (GPs) e os médicos hospitalares e especialistas.

De forma sucinta, historicamente *family practitioners (doctors, dentists, chemists and opticians) are organisationally separate from the Community Health Centers - CHS and the practitioners who provide them are self-employed, independent contractors* (OTTEWILL & WALL, 1990: 07).

Entre 1918 e 1948 sucederam-se debates em torno da necessidade de adequar a atenção preventiva e outros serviços assistenciais de base comunitária, sendo uma das mais importantes contribuições aquela do *Consultative Council on Medical and Allied Services*, cujo relatório publicado em 1920 tornou-se conhecido como Relatório Dawson, numa alusão ao Lorde Dowson of Penn, presidente do Conselho. Entre outras recomendações, o relatório propunha o estabelecimento de centros de atenção primária e uma organização mais integrada dos serviços de atenção à saúde (OTTEWILL & WALL, 1990; SILVA JÚNIOR, 1996).

A criação do Sistema Nacional de Saúde em 1948 ainda manteve a separação do médico geral ou GP, como porta de entrada do sistema, do âmbito hospitalar, provocando um certo isolamento entre este profissional e os especialistas, com uma estrutura originalmente composta por níveis de atenção separados, administrativa e tecnicamente. Também a alocação de recursos é diferenciada para os serviços hospitalares e comunitários. No desenho do sistema de saúde inglês, com controle público quase total, os *General Practitioners* controlam o acesso a todos os serviços e os especialistas trabalham exclusivamente junto aos hospitais.

Somente a partir dos anos 60 que o conceito de “equipe de atenção primária” ou *primary health care team* assume alguma expressão, como por exemplo, no Relatório Anual do DHSS (*Department of Health and Social Security*) para 1974:

The aim is to create primary health care teams in which general medical practitioners, home nurses, health visitors and, in some cases workers and dentists, work together as an interdisciplinary team, thus facilitating co-ordination and mutual support in the planning and delivery of care (OTTEWILL & WALL, 1990: 08).

Tal como em outros países em relação ao setor sanitário na década de 70, o NHS passou por conflitos e propostas de reforma, sendo que em 1974 foi formulada uma reforma que tentou integrar os diversos níveis do sistema, com objetivo de promover maior eficiência (controle do gasto público), satisfazer a profissão médica (em função da cisão histórica entre *GPs* e especialistas), criar condições eficientes para a implementação da política de saúde e ampliar a capacidade gerencial na periferia (ALMEIDA, 1995: 197). Entretanto, parece que tal integração não ocorreu e aumentou a burocratização do Sistema.

Na reforma mais recente os *GPs* adquiriram maior protagonismo no sistema, gerenciando orçamentos específicos para sua clientela (*GPs fund holders*) e atuando tanto como prestadores quanto como compradores de serviços. Aparentemente essas mudanças levariam ao alcance de maior resolutividade no nível básico de atenção, assim como à diminuição da demanda por serviços hospitalares.(HAM, 1996)

Concretamente, esse resultado ainda não pôde ser constatado, devido ao pouco tempo de implementação da reforma, mas nota-se que os *GPs* passaram a trabalhar de forma mais afinada com as autoridades distritais, uma vez que a compra de serviços nesse nível de atenção deve ser coordenada com aquela feita pelas mesmas autoridades para a prestação da assistência hospitalar (HAM, 1996).⁶

Diferentemente do Reino Unido, no Canadá o médico de família ou "*family physician*" é uma das vias de acesso ao Sistema de Saúde, cuja prática tem também configurações diferentes, de acordo com sua inserção em áreas urbanas ou rurais, o trabalho individual ou em equipes, as características da localidade e da população para a qual trabalha. (*The College of Family Physicians of Canadá*, 1971).

⁶ A Reforma inglesa de 1989, implementada a partir de 1992, tem como paradigma a separação entre provisão e financiamento de serviços, institucionalizando dois tipos de "compradores" - os *GPs* e as *DHAs* (District Health Authorities) - e dois tipos de prestadores - os mesmos *GPs* e os hospitais. Para maiores detalhes ver (ALMEIDA, 1995; HAM, 1996).

O padrão da prática da Medicina Geral ou Familiar varia nas diferentes localidades do país, sendo que a maioria dos médicos trabalha em seus consultórios, recebendo seus honorários por serviços prestados, diretamente do paciente (que tem reembolso pelo Seguro Nacional) ou pelo Seguro Nacional de Saúde. Os valores dos honorários seriam negociados entre os Governos e as Associações Médicas das províncias.

Neste sentido, o médico de família canadense não conformaria um “protótipo”, ainda que o título de “médico de família” seja conferido sob determinadas condições padronizadas e pré-estabelecidas, que lhe confirmam habilidade para provisão integral de cuidados primários de saúde. O conteúdo básico da medicina familiar procede de cinco disciplinas: medicina interna, ginecologia e obstetrícia, pediatria, psiquiatria e cirurgia.

El médico familiar debe tener adiestramiento profundo en estas disciplinas y además, una perspectiva amplia que sea el resultado del contacto diario e continuo con individuos de todas edades, de diferentes estratos sociales y con diferentes ocupaciones (RICE, 1976: 99).

Também no Canadá, nos anos 70, cresce a preocupação com a contenção dos custos da assistência médica, e se introduz a discussão em torno do modelo assistencial, onde a questão dos cuidados primários é revalorizada, pois um dos principais problemas para a contenção do crescimento do gasto sanitário é exatamente a forma de remuneração da atenção médica ambulatorial proporcionada pelos generalistas.

Cuba, finalmente, talvez seja o país de maior inspiração para a proposta brasileira recente de “Saúde da Família”, pois desenvolveu ao longo de três décadas um sistema de saúde de cobertura nacional, instaurando ao final da década de 80 um enfoque para abordar as questões de saúde da população fundado nos cuidados da saúde das famílias dos bairros das cidades ou situadas nas comunidades rurais ou, ainda, em áreas de população rural dispersa. Os recursos básicos deste enfoque eram os médicos e enfermeiras

de família, atuando com uma abordagem de saúde integral (OMS/OPS/UNICEF/MS Cuba, 1991).

Enquanto características mais gerais, trata-se de um sistema único e descentralizado, com financiamento público, no qual o Ministério de Saúde Pública cumpre as funções normativas de coordenação e de controle.

Existe uma descentralização operativa e orçamentária, onde cada província conforma sistemas locais de saúde (SILOS), tendo a prevenção como orientação fundamental, gratuidade da atenção médica e acessibilidade total da população aos serviços.

A partir de 1984 iniciou-se a implantação do novo modelo de atenção primária, através do Programa do Médico de Família, que veio exigir um novo perfil do médico, assim descrito:

*Evitar la sobre-especialización y la manera fragmentaria de ver al paciente, consideración que dio paso al establecimiento de una nueva especialidad denominada Medicina General Integral. Sobre esta decisión se há senãlado que "hay consenso universal en que el médico que necesitamos es un médico general...que pueda **comprender, integrar, coordinar y administrar** los cuidados de la salud del individuo, de la familia y de la comunidad (ORDOÑEZ, 1985 apud MS CUBA, 1991:09).*

A partir dos anos 80, portanto, o enfoque do sistema se orienta para o desenvolvimento da atenção primária, estabelecendo-se a equipe de saúde como o elo fundamental das ações de promoção e prevenção, sob os princípios da integralidade, setorialização, regionalização, continuidade das ações, com participação ativa das pessoas e das famílias situadas em seu entorno. O modelo de atenção está baseado no enfoque clínico, epidemiológico e social dos problemas de saúde da família (MS CUBA, 1991).

Localizados em consultórios que cobrem áreas territoriais bem definidas, estes profissionais abordam os problemas de saúde das pessoas e das famílias, investigam o perfil epidemiológico da comunidade na qual trabalham e

vivem, realizam ações de promoção e prevenção, trabalhando para que a população incorpore hábitos saudáveis. A promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico precoce e a resolução de problemas de saúde formam parte das responsabilidades essenciais do pessoal que trabalha nos consultórios do Programa do Médico de Família.

No marco mais amplo do sistema de saúde, o consultório do médico de família é a célula básica da atividade do Policlínico, e no caso de áreas não urbanas, dos Hospitais Rurais, instâncias que representam o nível de maior complexidade e garantem o desenvolvimento do Programa. Entretanto, estruturalmente, está articulado aos demais níveis de complexidade.

Pero el consultorio del médico de la familia es el inicio de un continuo en donde se busca articular las capacidades de los niveles secundario y terciario de atención. Así, el médico de la familia, mediante la referencia y la contrareferencia se apoya en los otros niveles de complejidad para elevar su capacidad resolutive y referir aquellos casos que requieren acciones de atención médica integral correspondiente a tales niveles (MS CUBA, 1991: 05).

O médico de família forma parte de um Grupo Básico de Trabalho constituído por quinze ou vinte médicos e enfermeiras de família da área jurisdicional de um Policlínico ou Hospital Rural, no qual também se integram os professores de medicina interna, obstetrícia e ginecologia, pediatria e psicologia, junto à supervisora de enfermagem e assistente social.

Os especialistas nestas áreas básicas realizam interconsultas e controles, análises avaliativas, atividades docentes e colaboram com investigações de saúde nos consultórios dos médicos de família, de modo que a formação dos trabalhadores de saúde se dê com a integração entre o trabalho assistencial e a docência, princípio básico de articulação de todo o sistema.

Formalmente, são objetivos específicos do Programa de Médico de Família cubano:

- I. Promover a saúde através de mudanças positivas nos conhecimentos, hábitos e costumes higiênico-sanitários da população;
- II. Prevenir a aparição de doenças e danos à saúde;
- III. Garantir o diagnóstico precoce e a atenção médica integral, ambulatorial e hospitalar, oportuna e contínua à comunidade; e,
- IV. Desenvolver a reabilitação com base comunitária, voltada à população debilitada física ou psiquicamente. (MS CUBA, 1988 *apud* MS, 1991: 19)

Como atores sociais que contribuem para a democratização do discurso técnico sobre a saúde, os trabalhadores da saúde familiar operam, segundo o Ministério cubano, como fator de qualificação da demanda e contribuem para o fortalecimento de estruturas locais de participação social e do enfoque intersetorial. Como resultados positivos são apontados maior qualidade da atenção e eficiência do sistema de saúde, com expansão de ações efetivas de atenção primária, com alta capacidade resolutiva e diminuição dos gastos hospitalares.

Vejamos então, como a partir dessas diferentes inspirações, traduz-se no Brasil, nos anos 90, uma determinada proposta de “Saúde da Família”, que guardando muitos aspectos comuns ao conjunto de idéias até aqui delimitado, assume os contornos de uma política de Estado, para organizar a atenção básica no Sistema Único de Saúde: o Programa de Saúde da Família - PSF.

CAPÍTULO III

A “SAÚDE DA FAMÍLIA” COMO POLÍTICA DE ESTADO: O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

A formulação do Programa de Saúde da Família ocorreu no governo Itamar Franco, quando assume o Ministério da Saúde o Dr. Henrique Santillo. Havia, naquele momento, uma grande discussão em torno do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) formulado pelo Ministério em 1991, particularmente da experiência do Ceará, que teve grande repercussão na época, com efetivo impacto na diminuição da mortalidade infantil no Estado (em torno de 30%). (Eugênio V. Mendes, 1998, entrevista pessoal)

Um primeiro passo relevante nesse processo foi a realização de uma reunião no Ministério, onde estiveram presentes o então Secretário de Saúde de Quixadá (CE), Dr. Luiz Odorico, um consultor da OPS, Eugênio Vilaça Mendes e dois membros da UNICEF, Halim Girade e Oscar Castillo (representante oficial), para discutir uma proposta nacional para a atenção básica.

Há quem afirme, como Viana e Dal Poz (1998), que o PACS é um antecessor do PSF, sobretudo quando se considera que a formulação desse último foi impulsionada pela experiência acumulada com os agentes comunitários no Ceará, que levou à avaliação de um certo esgotamento do “modelo” e da necessidade de uma proposta que ampliasse a capacidade resolutiva dos agentes.

No entanto, o evento que marcou a concepção oficial do PSF, uma reunião em Brasília, em dezembro de 1993, posterior àquela citada, aponta para um espectro mais amplo de influências, onde além da participação de secretarias estaduais e municipais de saúde, consultores e especialistas em atenção primária, ressaltamos a presença de implementadores de programas

de “médico de família” , através de experiências localizadas, algumas delas sem a adoção do PACS, como a do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, a de Niterói e a de São Paulo, estado, aliás, de onde vieram as duas primeiras coordenadoras nacionais do PSF.⁷

Em termos de sua institucionalização, o Programa de Saúde da Família ficou inicialmente sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, sendo criada, dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC, que agregou também a gerência do programa de agentes comunitários e o de interiorização do SUS.

Neste período a adesão dos municípios ao Programa ocorreu através da modalidade de convênio, com transferência de recursos vinculada a exigências tais como existência de Conselhos e Fundos Municipais de Saúde.

Em 1995, na gestão do Ministro Adib Jatene, o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, sendo iniciadas as discussões em torno da remuneração de seus procedimentos através da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais, SIA-SUS, o que ocorreu em janeiro de 1996.

Em realidade, concebido como mais um programa na tradição dos programas “verticais” da Fundação Nacional de Saúde, denota-se uma preocupação do Ministério em romper com essa idéia quando comparamos os documentos específicos para o PSF, editados pelo Ministério entre 1993 e 1997. Sobretudo no caso deste último, há uma clara preocupação em considerar o caráter estratégico da proposta.

Contraditoriamente a tal ênfase, contudo, permanece uma certa ambigüidade em relação ao seu *status* institucional e a “Saúde da Família” não aparece com o mesmo destaque nos documentos ministeriais que tratam dos

⁷ Referimo-nos à Dra. Eliana Dourado Mattos e à Dra. Marilena Gentile. Desde 1988, ainda na vigência do SUDS, São Paulo iniciou as atividades de planejamento e implantação do Programa do Consultório Médico de Família através de projeto detalhado, inspirado na experiência cubana, oficializado através do Decreto nº 29.055 do mesmo ano, com 40 consultórios previstos para a Região Metropolitana em 1989 (MATTOS, 1989; GENTILE, 1997).

objetivos e metas para o setor, a partir de 1995, quando já havia sido formulada.

Assim, no **“Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”** encontra-se dentro do Objetivo I, “Recuperação da Capacidade Operativa da Rede de Serviços de Assistência à Saúde”, a Meta 5 onde se lê “Estimular as mudanças no modelo assistencial predominante no SUS”. Bastante genérica não só enquanto “meta”, mas também quando comparada a outras delineadas dentro do mesmo objetivo (MS, 1995: 13, 14).

No **“Plano de Ação do Ministério da Saúde - 1995/1999”**, documento mais detalhado em termos de planos de ação para o período, as linhas prioritárias traçadas pela Secretaria de Assistência à Saúde, parecem priorizar medidas de caráter gerencial e regulatório e o PSF sequer é listado entre as ações prioritárias da FNS - Fundação Nacional de Saúde, aparecendo no item “Demais ações desenvolvidas pela FNS” e, de forma restrita, mencionado como “estratégia” entre as estratégias (da Fundação) para sua implantação nos municípios. O formato deste documento, aliás, chama a atenção exatamente porque parece reproduzir a tradicional estrutura do Ministério e suas linhas de atuação, justamente aquelas que a “Saúde da Família” pretende superar.

Já no documento **“1997 - O Ano da Saúde no Brasil - Ações e Metas Prioritárias”** o Ministério destaca entre estas a “Prevenção com Ênfase no Atendimento Básico”, onde a Saúde da Família, ainda referida como programa, aparece ao lado de outras ações ou programas de atenção primária.

Esta dubiedade entre o caráter de “estratégia” e de “programa”, que sem dúvida tem implicações com relação ao alcance da proposta, é uma das considerações críticas que também se reflete na percepção dos atores envolvidos com o processo de sua formulação e implementação, de acordo com seus depoimentos.

Para Mendes (1998, entrevista pessoal) a idéia de transformar uma proposta de organização da atenção básica em mais um programa é uma

distorção, que permanece quando se mantém a coordenação do PSF separada daquela do PACS, por exemplo.

Vasconcelos (1998, entrevista pessoal), por sua vez, considera que não é possível haver um único modelo de atenção para todo o Brasil, dada a diversidade do país, e, embora com a definição clara de uma proposta, devem existir parâmetros adequados a essa diversidade.

Uma das dificuldades referidas para a implementação do PSF foi a sua integração ao Sistema de Saúde local, ao contrário de sua manutenção como um programa independente, como apontam as observações de alguns atores envolvidos com o processo, sobretudo no que se refere à referência, contra-referência e receptividade dos serviços existentes, tendo em vista a remuneração diferenciada dos profissionais (VASCONCELOS,1997; STANIZE,1997, depoimentos durante V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, SP).

Formulado, então, pelo Ministério da Saúde em 1993, o PSF faz parte, segundo a concepção oficial, de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, que dá mais atenção à cura do que à prevenção de doenças (...), esperando contribuir para a organização do Sistema Local de Saúde (SILOS), com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (MS, 1993: 05).

Como objetivo geral, o Programa pretende melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças (MS, 1993: 08), além de contribuir para o redirecionamento do modelo assistencial a partir da atenção básica (MS,1997).

Seus objetivos específicos são:

a) Divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;

- b) Promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
- c) Prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatórios e hospitais;
- d) Agendar o atendimento à população com base nas normas dos programas de saúde existentes, sem descartar a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares. (MS, 1993:08)
- e) Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- f) Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- g) Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- h) Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- i) Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- j) Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- k) Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (MS, 1997: 10)

As diretrizes operacionais a serem seguidas para implementação da “Saúde da Família” requerem um espaço físico correspondente, preferencialmente, aos estabelecimentos classificados, segundo o Ministério, como Centros de Saúde. Estes se caracterizariam como porta de entrada do sistema local de saúde para realizar atenção contínua nas especialidades básicas, através de uma equipe multiprofissional apta a desenvolver atividades

de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção, além da referência e contra-referência para os níveis de maior complexidade do sistema.

A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com adscrição de clientela, definição de um território de abrangência, atuando com uma ou mais equipes de acordo com o número de famílias a ela vinculadas. O Ministério recomenda que cada equipe seja responsável por 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes.

As equipes de saúde deverão cadastrar as famílias através de visitas domiciliares, iniciando o vínculo da unidade/equipe com a comunidade e identificando a situação de saúde local.

A composição mínima de cada equipe deve ser de um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários de saúde, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Sua atuação inclui as atividades de visita domiciliar, internação domiciliar e participação em grupos comunitários.

O Ministério sugere que a implantação da Saúde da Família seja operacionalizada no município processualmente, incluindo várias etapas, que seriam realizadas de acordo com as diferentes realidades dos sistemas municipais de saúde. Neste sentido, é proposto que num primeiro momento haja um trabalho de sensibilização e divulgação da proposta, envolvendo gestores, profissionais de saúde e população. Seguiriam-se as etapas de adesão do município, recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos, capacitação das equipes, treinamento introdutório e educação continuada (MS, 1997).

Sem dúvida, nos termos de sua formulação, trata-se de um projeto ambicioso, uma vez que pretende ser o eixo de mudanças profundas da lógica intrínseca ao modelo de atenção hegemônico no país, abrangendo práticas

(processos de trabalho), formação profissional (academia), oferta de serviços (mercado de trabalho), para citar alguns dos aspectos implicados.

Na avaliação do Ministério da Saúde, segundo depoimento da primeira coordenadora do PSF, Dra. Eliana Dourado, um aspecto considerado estratégico foi o estabelecimento de parcerias com municípios que já estavam num processo de organização de seus sistemas locais de saúde, buscando alternativas de modelos assistenciais. De acordo com suas observações o PSF não se viabilizaria por si só, não sendo um programa para municípios onde não houvesse um mínimo de organização e adesão do gestor, por exigir uma discussão mais ampla da proposta.

O Ministério, então, teria estimulado a adesão ao PSF e ao PACS nas Regiões Sul e Sudeste, inclusive nos municípios mais organizados, para que pudessem obter maior visibilidade e para romper com a visão de que se tratava de uma proposta de “medicina de pobre para pobre”, caso ficasse circunscrita ao Norte e Nordeste. Contraditoriamente, o programa vem sendo implementado preferencialmente em municípios mais pobres ou áreas mais carentes dos municípios.

Na realidade, a implantação do PSF vincula-se à forma específica como a descentralização do SUS vem sendo implementada: através de Normas Operacionais que paulatinamente vêm reestruturando tanto a alocação de recursos quanto a arena decisória, podendo-se observar o rápido crescimento do número de habilitações na gestão básica do sistema, segundo a última NOB.

Como condições exigidas pelo Ministério para operacionalização do PSF no município estão, portanto, a habilitação nas formas de gestão, segundo as normas da legislação em vigor e a apresentação de projeto de implantação de acordo com as diretrizes da Saúde da Família (MS, 1997/98), sendo responsabilidades dos municípios (MS, 1997/98):

- a) adequar as unidades básicas de saúde para possibilitar resolutividade na assistência prestada, garantindo sua relação com os níveis de maior complexidade do sistema
- b) manter o custeio da(s) unidade(s) de saúde;
- c) contratar e remunerar os profissionais que compõem a(s) equipe(s) de saúde da família; e
- d) garantir educação permanente para os profissionais envolvidos.

Quando comparada às Normas Operacionais anteriores, A NOB-SUS 01/96 introduz dispositivos importantes, sobretudo no que diz respeito à priorização da atenção básica através de incentivos financeiros.

Em linhas gerais, a NOB-91 ainda refletia uma gestão do SUS centralizada no nível federal, com equiparação entre prestadores públicos e privados, atribuindo-se aos municípios um papel de “gerência” de unidades. No tocante ao financiamento do setor, instituiu um sistema de pagamento por produção de serviços, com critérios e valores estabelecidos em tabelas nacionais, igualmente para prestadores públicos e privados, gerando sérias distorções na prestação de serviços e funcionamento das instituições, mais preocupadas em “gerar procedimentos” melhor remunerados, em detrimento da qualidade da atenção, reforçando o modelo assistencial vigente.

Já a partir da NOB-93, desencadeia-se, de fato, um processo de municipalização com habilitação dos municípios nas condições de gestão propostas (incipiente, parcial e semi-plena), com grande heterogeneidade entre os diversos estágios. Para fins de descentralização das ações e serviços de saúde, cada modalidade de habilitação para a gestão do sistema aponta estágios gradativos de autonomia gerencial e financeira ou, em outros termos, maior capacitação para exercer funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, avaliação e auditoria. A relação

entre a instância gestora nacional e a instância municipal passa a ser mais direta e são constituídas as Comissões Intergestores Bipartites (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como espaços de negociação e pactuação entre gestores.

A NOB-96, por sua vez, pretendendo “um novo modelo de gestão do SUS”, tem como um de seus principais objetivos definir as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das novas condições de gestão para Estados e municípios, conforme a versão de 27/08/96, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde: Gestão da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, no caso dos municípios; e Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual, no caso dos Estados. Os quadros do Anexo B descrevem as características de cada uma das condições propostas.

O principal instrumento formalizador das relações entre os sistemas municipais e destes com as instâncias estadual e federal é a Programação Pactuada e Integrada - PPI, mediadas pelos Conselhos de Saúde e pelas Comissões Bipartites e Tripartite, e envolve as atividades de assistência (ambulatorial e hospitalar), de vigilância sanitária e de epidemiologia, sendo considerado essencial para reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS (NOB-SUS 01/96, DOU 06/11/96)

Em relação aos recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência ambulatorial, é instituído o Piso Assistencial Básico - PAB, destinado a procedimentos e ações de assistência básica, definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (de acordo com o IBGE), que prevê um adicional percentual variável por grupo de população coberta pelos Programas de Saúde da Família, PSF, e de Agentes Comunitários de Saúde, PACS.

No caso do PSF e do PACS, os incentivos financeiros para adoção destes programas parecem compatíveis com a proposta de mudança do enfoque da atenção à saúde mas também oferecem um risco em termos de critérios alocativos, com possibilidade de atrelamento dos sistemas locais com

procedimentos básicos e comprometimento da atenção de maior custo e complexidade (COSTA & RIBEIRO, 1997).

De qualquer forma, em relação às Normas anteriores, esta parece reforçar e ampliar a busca de um novo modelo de atenção, superando a lógica de avaliação das ações de saúde apenas pela mensuração de procedimentos, instituindo também um incentivo para avaliação de resultados, o IVR - Índice de Valorização de Resultados.

A NOB-SUS 01/96 aponta para a importância da gestão municipal, mas restaura o âmbito estadual como coordenador do sistema de saúde, com repercussão nas decisões alocativas do setor. Por outro lado, vale a pena ressaltar que foi pactuada nos fóruns participatórios e sua implantação iniciou-se em Fevereiro de 1998.

Em relação a investimentos, através do Projeto Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS, no âmbito de equipamentos o Ministério previa para 1997, apoio aos municípios para que as unidades de saúde da família pudessem ser aparelhadas com os equipamentos básicos necessários para a assistência neste nível de atenção. A readequação da rede do SUS, incluindo conclusão, ampliação e reequipamento de cerca de 1000 postos de saúde, 50 hospitais, 27 laboratórios e 70 hemocentros, tinha uma previsão de gastos, através do REFORSUS para 1997, de R\$195 milhões e para 1998, R\$325 milhões (MS, 1997).

Outra importante iniciativa do Ministério para viabilizar a “Saúde da Família”, também com previsão de recursos do REFORSUS, foi aquela relativa aos projetos de “Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família”, desencadeada em dezembro de 1996, com desdobramentos concretos a partir de meados de 1997. Isto significa que a academia foi envolvida no processo mais tardiamente, apesar da dificuldade para encontrar “no mercado” profissionais de saúde com o perfil adequado, sobretudo médicos.

Geralmente vinculados a universidades, os Pólos articulam uma ou mais instituições voltadas para formação, capacitação e educação permanente, buscando desenvolver programas voltados para pessoal atuante no PSF, através de convênios com as Secretarias de Saúde de estados e municípios. Os objetivos de cada Pólo foram assim definidos pelo Ministério da Saúde:

- a) a curto prazo: capacitação introdutória, sensibilização das equipes de saúde da família em relação às bases conceituais e atualização técnica em áreas específicas;
- b) a médio prazo: educação permanente nos diversos campos relacionados à saúde da família, cursos de especialização para formação de multiplicadores e supervisores;
- c) a longo prazo: atividades e estratégias para impacto na formação profissional em nível de graduação e residência em saúde da família.

As instituições acreditadas resultaram de análise dos projetos encaminhados ao Ministério, mediante publicação de edital (Edital nº 04, DOU de 06 de dezembro de 1996). Foram encaminhadas 21 propostas através das Secretarias Estaduais de Saúde dos estados de Rondônia, Pará, Pernambuco, Bahia, Alagoas, Ceará, Paraíba, Sergipe, Piauí, Minas Gerais(3), Rio de Janeiro(2), São Paulo, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal. De acordo com as exigências estabelecidas foram selecionados dez projetos com características de pólo, seis como projetos de capacitação, e potenciais pólos, e quatro como propostas de cursos, pólos em médio prazo, conforme quadro resumo a seguir:

FIGURA 1.1 - QUADRO RESUMO

CATEGORIA	QUANTIDADE	PROFISSIONAIS	VALOR
Pólos	10	15.451	3.500.000,00
Projetos de Capacitação	6	3.338	1.500.000,00
Projetos de Cursos	4	2.666	450.000,00
Total	20	21.455	5.450.000,00

Fonte: Ministério da Saúde

Objetivando a regulamentação específica para implementação do PSF e do PACS, o governo, através do Ministério da Saúde, editou entre dezembro de 1997 e março de 1998, uma série de portarias relativas ao processo de descentralização, inclusive a Instrução Normativa nº01/98 que *regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação dos municípios, de estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela NOB-SUS 01/96*. Para fins deste estudo, destacaremos aquelas mais relacionadas à Saúde da Família, todas relacionadas em anexo.

Em 18 de Dezembro de 1997, através da Portaria Nº 1882/GM, o Ministério regulamenta a composição do PAB e sua composição, que consiste *em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde⁸, composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e uma parte variável relativa a incentivos para desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica, com transferência de Fundo a Fundo*. (Artigos 1º, 2º e 3º).

O artigo 5º, parágrafo 1º, da mesma Portaria, diz que: *o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família*

⁸ As ações custeadas são: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica); visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por equipe de saúde da família; imunização; atividades de educação em saúde; assistência ao pré-natal; planejamento familiar; pequenas cirurgias; atendimentos por profissional de nível médio e agentes comunitários; assistência ao parto domiciliar por médico do PSF e pronto atendimento (MS, NOB-SUS 01/96).

consiste no montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários, no âmbito municipal, reorientando práticas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Na mesma ocasião o Ministério aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), através da Portaria Ministerial Nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997.

A Portaria nº1885/GM, de 18/12/97, define no item I, Artigo 1º, o montante de recursos destinados aos Incentivos que compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica - PAB para o ano de 1998, para o PACS e o PSF, que traduziriam de forma concreta, segundo o Ministério, a prioridade concedida a estes programas e às ações básicas a serem desenvolvidas no âmbito municipal.

Ainda relacionadas aos incentivos para o PACS e o PSF, o Ministério edita as Portarias GM/MS nº 157, de 19/02/98, definindo os critérios de distribuição e os requisitos para a qualificação dos municípios, e a Portaria nº 2101/GM, de 27/02/98, que estabelece as metas físicas e financeiras dos Estados referentes ao incentivo (Art. 1º).

A Portaria MS 3122, de 02/07/98, estabelece os valores dos incentivos do PACS/PSF em R\$2.200,00/ano para 01 agente comunitário e R\$28.000,00/ano para 01 equipe de saúde da família (sem incluir os agentes comunitários), recursos que devem ser transferidos diretamente aos municípios em parcelas mensais, através da modalidade fundo a fundo (Fundo Nacional para Fundo Municipal de Saúde).

Ressalte-se que a implantação do Piso de Atenção Básica - PAB tem ocorrido com uma velocidade considerável, como apontam os dados do próprio Ministério, em anexo, o que demonstra a forte capacidade indutora da política. Entretanto, olhamos com cautela algumas perspectivas de análise que fazem

inferências sobre o impacto positivo do processo de descentralização, sem dúvida impulsionado desde a edição da NOB/93, a partir do enquadramento dos municípios nas diferentes modalidades de gestão, sobretudo a semi-plena (COSTA & RIBEIRO,1997; OLIVEIRA,1998). Julgamos que os indicadores que usualmente têm sido tomados como base para avaliação do grau de autonomia e do desempenho municipal (existência de Conselho Municipal e de Fundo Municipal de Saúde; elaboração de Plano Municipal de Saúde), ademais de satisfazerem exigências legais para o financiamento das ações e serviços no nível local, carecem de estudos que introduzam perspectivas de análise mais qualitativas e comparativas dos processos em curso, em termos de seus avanços e dificuldades.

Isto é confirmado por recente pesquisa (da qual fui uma das pesquisadoras) sobre o impacto da Estratégia da Comunidade Solidária, implementado pelo governo federal, realizada em dez municípios de diferentes estados brasileiros, onde evidenciou-se que a existência formal de Conselhos e Fundos Municipais refletia, essencialmente, o cumprimento de exigências legais com vistas ao repasse de recursos financeiros, não traduzindo nem a participação e o controle social nem as inovações da gestão pública (IBAM/IPEA/COMUNIDADE SOLIDÁRIA,1997,mimeo). Da mesma maneira, evidências empíricas de estudo realizado por Cotta, Mendes & Muniz (1998) sobre a implantação e implementação do SUS numa Microrregião de saúde de Minas Gerais indicam os mesmos resultados.

De qualquer maneira, quando se observa a situação de implementação do PSF no país, conclui-se que tem ocorrido uma evolução crescente e significativa desde o ano de 1994, conforme os dados da série histórica para o período 1994-1998(agosto). O Programa já atingiu 953 municípios, totalizando 2.621 equipes de saúde da família, cobrindo 9.042.450 habitantes, conforme quadro a seguir:

FIGURA 1.2 - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Nº DE EQUIPES E COBERTURA POPULACIONAL SÉRIE HISTÓRICA 1994-1998 (agosto)										
UF/ REGIÃO	1994		1995		1996		1997		1998	
	Nº DE ESF	POP. COB	Nº DE ESF	POP. COB						
AC	0	0	5	17.250	5	17.250	5	17.250	10	34.500
AM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA	7	24.150	7	24.150	7	24.150	7	24.150	39	134.550
RO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TO	0	0	0	0	0	0	0	0	36	124.200
SUB TOTAL	7	24.150	12	41.400	12	41.400	12	41.400	85	293.250
AL	20	69.000	33	113.850	33	113.850	94	324.300	175	603.750
BA	0	0	0	0	1	3.450	1	3.450	14	48.300
CE	98	338.100	226	779.700	271	934.950	272	938.400	422	1.455.900
MA	10	34.500	10	34.500	10	34.500	10	34.500	10	34.500
PB	5	17.250	5	17.250	7	24.150	7	24.150	7	24.150
PE	29	100.050	75	258.750	75	258.750	97	334.650	212	731.400
PI	0	0	0	0	0	0	19	65.550	23	79.350
RN	18	62.100	18	62.100	18	62.100	18	62.100	19	65.550
SE	1	3.450	29	100.050	29	100.050	29	100.050	48	165.600
SUB TOTAL	181	624.450	396	1.366.200	444	1.531.800	547	1.887.150	930	3.208.500
DF	0	0	0	0	0	0	131	451.950	277	955.650
GO	5	17.250	5	17.250	5	17.250	5	17.250	0	0
MS	0	0	0	0	0	0	8	27.600	0	0
MT	0	0	0	0	1	3.450	0	0	22	75.900
SUB TOTAL	5	17.250	5	17.250	6	20.700	144	496.800	299	1.031.550
ES	0	0	0	0	0	0	4	13.800	23	79.350
MG	42	144.900	58	200.100	84	289.800	548	1.890.600	729	2.515.050
RJ	10	34.500	10	34.500	41	141.450	41	141.450	77	265.650
SP	8	27.600	96	331.200	102	351.900	102	351.900	160	552.000
SUB TOTAL	60	207.000	164	565.800	227	783.150	695	2.397.750	989	3.412.050
PR	4	13.800	44	151.800	44	151.800	99	341.550	165	569.250
RA	0	0	12	41.400	12	41.400	24	82.800	65	224.250
SC	71	244.950	91	313.950	102	351.900	102	351.900	88	303.600
SUB TOTAL	75	258.750	147	507.150	158	545.100	225	776.250	318	1.097.100
TOTAL	328	1.131.600	724	2.497.800	847	2.922.150	1.623	5.599.350	2621	9.042.450

FONTE: COSAC/SAS/Ministério da Saúde

Ocorre, então, a partir de meados dos 90, uma acelerada difusão e adesão progressiva ao PSF por parte dos municípios, como resposta a mecanismos indutores explicitamente formulados na legislação vigente, ainda que se possa questionar o seu impacto sobre o processo de implementação do SUS. Paralelamente, articulam-se pólos de formação profissional específicos para o programa e são fixados convênios de cooperação com universidades especificamente para esse fim.

Seja como for, a proposta do Ministério não foi a primeira nem é a única formulada no Brasil. Experiências que desenvolvem práticas de “Saúde da Família”, sob diferentes inspirações, estão em curso pelo país. A seguir, descreveremos essas experiências: a do Serviço de Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre; do Programa Médico de Família, da Fundação Municipal de Saúde, Niterói; e do próprio Programa de Saúde da Família implementado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

O próprio Ministério da Saúde afirma:

Para todo o Brasil as experiências que serviram de inspiração foram a do grupo de pioneiros do Hospital Conceição, em Porto Alegre, e a da cidade de Niterói, que implantou seu modelo com assessoria do Ministério de Saúde de Cuba (MS, 1996: 6).

CAPÍTULO IV

OS EXEMPLOS ESCOLHIDOS E SUAS INSPIRAÇÕES

IV.1 O Serviço de Saúde Comunitária - Grupo Hospitalar

Conceição - Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Com uma população de 1.288.879 habitantes (segundo a Contagem de População de 1996, IBGE), o município de Porto Alegre apresenta uma distribuição não homogênea dos serviços de saúde, públicos ou privados, organizados através de 06 Gerências Distritais e 11 Distritos Sanitários (Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 1998).

O Programa de Saúde da Família foi implantado com 09 equipes em 1996 como medida para ampliação de cobertura, face à carência de serviços, especialmente em áreas de exclusão social. Contando atualmente com 28 equipes, o programa cobre uma população de 101.000 habitantes, o que corresponde a 8% da população total e 25% da população de baixa renda do município (Prefeitura M. de Porto Alegre, 1998).

Esta população coberta pelo programa, além da dificuldade de acesso a outros equipamentos de saúde, recebe até 2 salários mínimos, caracterizando-se pelo subemprego ou desemprego, estando em sua maioria no mercado informal de trabalho. Em termos das condições de moradia, 66% das pessoas residem em casas de tijolo, 26% em casas de madeira regular e 8 % em casas de material aproveitado (restos de madeira, papelão, etc.); 95% dos domicílios possuem energia elétrica, 94% são servidos por água encanada, 93% têm coleta do lixo pelo serviço municipal mas apenas 60% possui sistema de esgotamento sanitário. Entre as crianças de 7 a 14 anos, 87% estão na escola e 86% das pessoas com mais de 15 anos são alfabetizadas. Essa população apresenta um perfil de morbidade complexo, com alta prevalência de doenças crônicas (hipertensão, diabete) e alta incidência de doenças infecto-

contagiosas. O alcoolismo, o uso e tráfico de drogas, além da violência, são comuns (Prefeitura M. de Porto Alegre, 1998).

As unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição estão presentes em cinco dos Distritos Sanitários (Distritos 2, 5, 6, 7 e 11), em alguns dos quais de forma tão expressiva quanto o PSF.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um dos maiores complexos hospitalares da América Latina e constitui uma sociedade anônima de capital fechado, vinculada ao Ministério da Saúde, uma vez que a União detém a quase totalidade de suas ações (98%). (MS, 1997)

É formado por um conglomerado de quatro hospitais:

- Hospital Nossa Senhora da Conceição (geral);
- Hospital Cristo Redentor (trauma, oftalmologia e pronto-socorro);
- Hospital da Criança Conceição (pediatria); e,
- Hospital Fêmeina (materno-infantil).

É responsável por um percentual significativo dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares do estado do Rio Grande do Sul, especialmente da Grande Porto Alegre. Além dos hospitais, é composto por uma Divisão de Saúde Comunitária, que através de seu Serviço de Saúde Comunitária desenvolve ações na área de Atenção Primária à Saúde.

A Divisão é composta por uma área de internação com 32 leitos (referência hospitalar para suas unidades), um núcleo de epidemiologia, o setor administrativo e treze unidades de saúde (rede básica), localizadas na zona norte de Porto Alegre e abrangendo aproximadamente 120.000 pessoas.

Segundo dados do IBGE para 1991, as principais características socioeconômicas da população atendida mostram que 36% têm renda de até 2 salários mínimos; 5% são analfabetos; 9% vivem em “habitações subnormais”; 4% têm abastecimento inadequado de água; 14% têm instalação inadequada

de água e 2% não dispõem de destinação adequada do lixo. Em três das áreas de abrangência é alta a percentagem de idosos e grande parte da população pertence a camadas médias (GHC,1996).

A Divisão de Saúde Comunitária iniciou suas atividades em janeiro de 1983 e foi oficializada em outubro do mesmo ano, com o nome de “Serviço de Medicina de Família” (SMF). A primeira unidade de saúde surgiu como um projeto experimental, dentro do Hospital Nossa Senhora da Conceição e utilizava-se do trabalho de médicos residentes com o objetivo de formar Médicos Gerais Comunitários. Em realidade, atribui-se sua origem aos esforços do Dr. Carlos Grossman de criar o Programa de Residência em Medicina de Família, que passou a se chamar Residência em Medicina Geral Comunitária, conforme mencionado anteriormente.

Na percepção do Dr Grossman, a Inglaterra tinha as bases mais desenvolvidas da medicina geral, além de seu sistema de saúde ser mais conhecido, havendo grande divulgação de trabalhos científicos publicados, permitindo maior acesso às informações (entrevista pessoal, 1998).

O intercâmbio com a Inglaterra foi estabelecido há cerca de dez anos, quando uma médica escocesa, representando um organismo inglês de cooperação entre países, veio ao Brasil para avaliar serviços que pudessem ser apoiados por aquele país. Apesar de naquele momento não ter conhecimento da proposta do GHC, na oportunidade manteve contato com o Dr. Grossman e tempos depois, este foi procurado por um assessor técnico do Consulado Britânico. O representante do consulado tinha uma proposta de auxílio ao projeto do Grupo Conceição. A vinda de um médico inglês ao GHC deu início a um programa de intercâmbio que abriu um canal permanente de comunicação (Grossman, entrevista pessoal, 1998).

Os documentos do GHC referem que, em 1982, o então Serviço de Medicina Familiar baseava-se no modelo inglês de assistência à saúde, mas seus referenciais teóricos estavam nos princípios da atenção primária explicitados na Conferência de Alma-Ata (1978), principalmente no que diz

respeito ao conceito de saúde, cuidados primários e participação comunitária (GHC, 1996: 107).

Segundo Ferreira et alli (1996: 107), a proposta do SMF conseguiu ganhar espaço dentro de uma instituição tipicamente hospitalar e tal crescimento teria se dado pelo apoio do movimento popular e alianças políticas, na década de 80, em torno da construção de “um novo modelo assistencial de saúde e do Sistema Único de Saúde”.

Também são referidos como “indutores” da expansão do serviço, as dificuldades do processo de municipalização no município de Porto Alegre, onde a maior parte da rede pública era federal e estadual. Ao longo de um período de cerca de doze anos, divergências político-partidárias entre Estado e Município fizeram com que, de um lado, o município não promovesse a expansão da rede municipal, aguardando a municipalização das existentes (federais e estaduais), e, de outro, o Estado não assumisse o compromisso com a descentralização. A população da zona norte da cidade, sem cobertura de serviços, começou a demandar atendimento no GHC. O número de unidades básicas cresceu de tal forma que se equiparou ao de unidades municipais (Souza, 1998, entrevista pessoal).

Após firmar-se como Residência em Medicina Geral Comunitária, o Serviço iniciou um processo de discussão para ampliar sua proposta de trabalho, criando um Serviço de Saúde Comunitária, com residência médica, mas onde outros profissionais pudessem atuar.

O modelo assistencial do SSC desenvolveu-se centrado na atenção médica, mas sempre propondo-se a prestar um atendimento humanizado, preventivo e integral ao indivíduo, à família e à comunidade, contrapondo-se ao modelo assistencial hegemônico curativo, especializado e fragmentado (FERREIRA et alli, 1996:107 apud GHC,1996).

A partir de 1986 começa a se efetivar a composição de equipes multidisciplinares e, nesta época, o serviço já contava com 69 profissionais na

rede básica (21 médicos gerais comunitários, 30 residentes médicos, uma enfermeira, 9 auxiliares de enfermagem e 8 agentes administrativos) e com 10 profissionais numa equipe de referência (especialidades), entre médicos internistas, ginecologista, psiquiatra, médicos epidemiologistas e assistentes sociais.

Ao final de 1996, o SSC era constituído de 188 profissionais distribuídos em equipes multiprofissionais, contando com 52 médicos gerais comunitários, 6 médicos internistas, 9 dentistas, 7 psicólogos, 11 enfermeiras, 7 assistentes sociais, 44 auxiliares de enfermagem, 28 auxiliares administrativos, 14 agentes de saúde, 2 terapeutas ocupacionais e 6 técnicos em higiene dental. (GHC, 1996). O Serviço conta com grupos específicos trabalhando com a educação em saúde, antropologia social, participação e controle social e planejamento em saúde.

O processo de implantação das unidades foi ocorrendo ao longo do tempo por demanda da própria população, a partir de encontros com as lideranças e/ou comunidades para discutir o modelo e os princípios do SSC.

Na composição da equipe era sempre exigida a presença de pelo menos um médico geral comunitário e o início do trabalho incluía um inquérito domiciliar por amostragem para traçar um perfil demográfico e epidemiológico da comunidade, elegendo-se prioridades de ação. Em um processo negociado entre profissionais de saúde e representantes da comunidade, era definida geograficamente a clientela a ser atendida, ainda que todo o processo comportasse uma “certa flexibilidade” (JUCHEM et alli, 1996:31).

As equipes de saúde realizam consultas programadas, visitas domiciliares, atividades educativas, além de organizarem grupos de auto-ajuda e promoverem a mobilização comunitária.

Assim, segundo documento do GHC:

A integralidade das ações, a gestão participativa e a hierarquização dos níveis de atenção à saúde são princípios

adotados desde sua criação. (...) Acrescente-se a eles(...) a atenção continuada, o registro sistemático de informações, o desenvolvimento de ações nos diferentes níveis de complexidade - primário e secundário - a intervenção no plano individual e no coletivo e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção (GHC,1996: 07).

Segundo o SSC, estas características asseguram a alta resolutividade observada. Prestando atualmente mais de 50.000 atendimentos por mês, a resolutividade ambulatorial está em torno de 92% das consultas (coerente com a literatura, que aponta um percentual em torno de 95%) (FRY; LAMBERT; KERR WHITE et alli *apud* CEITLIN, 1982). Cerca de 5% das consultas são atendimentos domiciliares, sendo que destes, 0,5% resultam de internações domiciliares. O índice de internações hospitalares é de cerca de 0,8% das consultas (média de 200 por mês).

Das treze unidades, nove desenvolvem atividades do Programa de Residência Médica, que tem por objetivo formar médicos *com habilidades de prevenção, tratamento e recuperação das doenças mais freqüentes na prática médica, desenvolvendo suas ações em bases epidemiológicas de forma integral, com enfoque na família e núcleos sociais da comunidade*. Deve ter conhecimentos de planejamento e gerenciamento em saúde, ensino e pesquisa, além de *dominar conceitos básicos necessários à compreensão e à análise crítica de Sistemas de Saúde, incluindo o SUS, integrando-se e participando das instâncias do SUS em que sua unidade atua* (GHC, 1997:03-04).

Segundo a direção do Serviço, em sua trajetória ocorreram mudanças no sentido de buscar respostas mais adequadas às transformações do contexto social, levando também em conta as experiências acumuladas. Assim parece haver uma preocupação de refletir sobre o marco teórico e a prática da “Saúde Comunitária”, que já não seriam os mesmos da década de 70.

Nos relatos da experiência, são referidas como ferramentas teórico-operacionais o conceito ampliado e positivo de saúde, entendido como

qualidade de vida; a promoção da saúde como condição para a prática da vigilância à saúde, onde se integram as ações curativas e preventivas; a organização da atenção primária; o planejamento estratégico-situacional com o processamento de problemas; a noção de território e adscrição de clientela; a participação da comunidade, onde “comunidade” também tem sido redefinida, a partir de um contexto socioeconômico e cultural considerado em permanente mudança, crescente complexificação e heterogeneidade, sendo que a cidadania torna-se o eixo principal da concepção do trabalho (GHC, 1996).

Além da formação de recursos humanos e da atenção à saúde, o Serviço também começa, mais recentemente, a prestar assessoria a municípios e instituições.

No processo de difusão e troca de idéias e experiências, o Serviço de Saúde Comunitária do GHC, embora mais antigo, adquire maior visibilidade a partir da proposta mais recente de Saúde da Família, e sua maior contribuição parece ser a valorização da formação de clínicos gerais, sob a inspiração dos *General Practitioners* ingleses. Dada a diferença de contextos, entretanto, o Serviço incorpora, tanto na dimensão da formação quanto da prática, princípios norteadores do Sistema de Saúde brasileiro e instrumentos teórico-metodológicos do campo da Saúde Coletiva, sendo apontado como “limite do modelo” adotado seu próprio financiamento, considerado insuficiente por seus implementadores.

IV.2 O Programa do Médico de Família - Fundação Municipal de Saúde - Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

Niterói é um município de médio porte, com uma área de 130 Km², inserido na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Com uma população de 442.786 habitantes, possui uma taxa de urbanização de 100%, sendo 70% do município servido por água encanada,

60% por rede de esgoto e 90% das residências por coleta de lixo. A população está distribuída por 48 bairros, agrupados em 05 regiões de planejamento, definidas pelo Plano Diretor Municipal: Oceânica, Norte, Leste, Pendotiba e Praias da Baía. (PMN, 1997)

Com participação ativa nos processos de discussão em torno das inovações institucionais e mudanças do modelo assistencial, o município tem se destacado, desde o final da década de 70, por uma gestão do sistema público participativa e empreendedora, quando a então Secretária Municipal de Saúde e Promoção Social promoveu o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do país.

O Plano de Ação 1977-80, com origem nesse encontro, desencadeou a criação da rede básica de serviços de saúde, sob inspiração das propostas de Atenção Primária preconizadas na Conferência de Alma-Ata, sendo implantadas 16 unidades básicas em bairros periféricos até então não cobertos por serviços (COSTA & RIBEIRO, 1997).

A partir de 1982, desenvolve-se um processo de “aperfeiçoamento das ações de saúde” com a implantação do Projeto Niterói, que além do incentivo à participação popular, propunha o trabalho de agentes de saúde e a constituição de um fundo especial para movimentação dos recursos setoriais. Esperava-se aperfeiçoar a hierarquização, integração e regionalização dos serviços. Um outro passo para fomentar o processo de municipalização foi a criação da Fundação Municipal de Saúde (1991), órgão executivo, em cujo Conselho Diretor os Conselhos Comunitários têm assento.

Em 1989 foram iniciados contatos e trocas de experiências entre profissionais de Cuba e de Niterói, quando o município atravessou duas epidemias de Dengue I e II, assim como a de meningite, já em 1991. Neste ano, o então prefeito fez uma visita a Cuba e bem impressionado com a experiência de Medicina Familiar, concretizou uma série de decisões políticas para adaptá-la à realidade de Niterói. No mesmo ano, a viagem do Secretário de Saúde a Cuba para estudar o modelo deu início ao processo de

colaboração e assessoria técnica, a cargo do então diretor do Policlínico Docente Lawton-Havana, pioneiro no desenvolvimento do modelo médico de família em Cuba (PMN, 1997: 06).

Desta forma, partindo do princípio de que

...a universalização da prestação de serviços ficou dificultada, destacando-se a ruptura, ainda que parcial, de alguns princípios da Reforma Sanitária, tais como acesso, democratização, integralidade, complementaridade, descentralização e resolutividade; e ainda de que (...) a assistência e as ações são desenvolvidas de maneira fragmentada, justificar-se-ia o modelo assistencial proposto, buscando resgatar estes princípios, (...) na perspectiva de garantir a integralidade, o acesso e a resolutividade (Prefeitura Municipal de Niterói, 1997: 07).

Para implementar a proposta foi destacado que não se tratava de mera transposição do modelo cubano, sendo ressaltada sua adaptação à realidade do município, *a partir da análise de indicadores operacionais e epidemiológicos*. O objetivo geral era *suplementar a rede municipal de assistência à saúde, com ênfase na atenção primária, de modo a modificar e otimizar o produto obtido pelos serviços* (PMN, 1997:08).

Vários pressupostos em relação ao impacto da proposta de implantação do “médico de família”, inclusive em termos qualitativos, foram assumidos, dos quais destacaríamos (PMN,1997:08):

- a) eleva a qualidade da atenção porque o médico generalista em contraposição ao especialista não vê o homem de modo fragmentado;
- b) conduz a melhor qualificação da equipe de saúde, através de supervisores especialistas, os quais suplementam informações quanto ao desempenho de ações integrais (...), como também coloca o profissional em contato direto com a realidade de vida dos usuários, estimulando a ambos (equipe e supervisores), no desenvolvimento de sua capacidade crítica-criadora;

- c) eleva a qualidade da atenção, pois estimula o compromisso ético dos profissionais através do vínculo afetivo e de confiança com os usuários;
- d) desestimula a formação do corporativismo e autoritarismo, pois os profissionais trabalham em equipe, sendo os resultados, produtos coletivos;
- e) resgata o “saber popular”, onde o usuário e os profissionais refletem sobre suas práticas e, coletivamente, buscam a transformação integral da qualidade de vida da população;
- f) baseia a avaliação do produto, tanto em indicadores objetivos da rede (epidemiológicos/operacionais) como em critérios qualitativos.

Como referência teórica do “Médico de Família”, aponta-se a *concepção humanística, que prioriza o homem como sujeito de sua história, a partir de determinantes sociais, que desdobrar-se-ia na prática ou em termos de programação, não estabelecendo uma relação de subordinação entre as partes ou níveis e sim como uma matriz de inter-relações de apoio e fortalecimento, que não deve ser confundida com hierarquização dos níveis de atenção* (FMS, 1997)

Assim, concebido como uma política de governo e em colaboração com o representante do Ministério de Saúde de Cuba, o “Médico de Família” foi estruturado sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói/Fundação Municipal de Saúde, através da Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva - SUAAC, sendo constituído um Grupo Básico de Trabalho (responsável por até 20 equipes básicas) com supervisores nas áreas de clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social; Serviço de Epidemiologia e Estatística; e, Setor Administrativo, para dar apoio ao trabalho das equipes básicas na rede.

Cada equipe básica deveria ser composta de um médico generalista e uma auxiliar de enfermagem, com disponibilidade para trabalhar em horário integral (40 horas semanais), com recomendação de conclusão de residência médica em saúde pública, clínica médica ou pediatria, ou internato nessas áreas, e experiência comprovada em campo como generalista, no caso do médico.

Entre as atividades desta equipe estão previstas atendimento ambulatorial em consultório, nos domicílios, visita hospitalar a pacientes eventualmente internados, numa perspectiva de atenção integral e continuada, com vistas à promoção da saúde, prevenção e cura, de acordo com as necessidades das famílias adscritas. Também estão previstas atividades voltadas para a educação em saúde, assistência e promoção social.

A seleção das equipes básicas, o treinamento e avaliação de seu desempenho são atribuições do Grupo Básico de Trabalho (supervisores), que também deve realizar interconsultas, elaborar o processo de educação continuada e operacionalizar a referência e contra-referência.

As áreas de implantação devem atender a requisitos mínimos, devendo ser priorizados bairros ou aglomerações populacionais de baixa renda entre 3.500 e 4.000 habitantes, com relativa independência de bairros e comunidades vizinhas, permitindo melhor delimitação da população abrangida. Devem existir condições de organização comunitária que permitam a co-gestão do modelo. No caso de Niterói, a parceria tem sido estabelecida com as Associações de Moradores. Finalmente, deve se levar em conta as condições geográficas de acesso à rede do SUS, quando necessário referenciamento.

Através da “Setorização” (divisão em setores de 200 a 250 famílias) deve ser definida a área de abrangência de cada equipe básica (01 médico + 01 auxiliar de enfermagem), sendo recomendado que cada setor atenda de 900 a 1200 pessoas, cujo acesso à equipe e vice-versa não dependa do uso de meios de transporte adicionais. A população de mais baixa renda *deve ser priorizada, de maneira não excludente.*

O espaço físico para realização do trabalho, ainda que não exclusivo, é constituído de módulos, separados das unidades básicas, “para que não haja distorção de imagem para a clientela atendida por ambos os recursos”, evitando a duplicidade do atendimento e excedente de usuários adscritos para o “Médico de Família”. Os módulos devem vincular-se aos centros especializados, tanto para atenção médica quanto para aperfeiçoamento das equipes, e comportam de 2 a 3 consultórios.

Apesar do modelo prever a avaliação e controle através de *diagnóstico de saúde do setor, utilizando indicadores de saúde clássicos, globais e específicos, além de outros relativos às condições ambientais e ao serviço*, tais procedimentos são ainda incipientes, sobretudo aqueles para avaliar a eficiência e efetividade.

A análise documental, corroborada pelas entrevistas e outros estudos (MELAMED & RIBEIRO, 1995; SENNA, 1995) sugere que o desafio de retraduzir a proposta para a realidade local tem estado em primeiro plano e só mais recentemente os atores do processo começaram a se voltar para a sistematização do conhecimento que a experiência tem acumulado, numa perspectiva de revisão da proposta a partir da realidade de sua implementação.

Implantado de fato a partir de setembro de 1992, em dezembro de 1994 o “Médico de Família” com 09 módulos atingia uma população de 25.944 habitantes. Basicamente custeado pela Prefeitura, que repassa às Associações de Moradores os recursos para pagamento de pessoal lotado nos módulos, o Programa recebeu investimentos iniciais do Ministério da Saúde para aquisição de equipamentos e fatura mensalmente transferências do SUS. Registra ainda, a título de investimento, a construção de módulos custeados pelo Estado (MELAMED & RIBEIRO, 1995).

Já em fase de expansão, em 1997, o programa pretendia estabelecer-se como porta de entrada da rede de saúde, integrando-se aos serviços de maior complexidade. Nesta perspectiva, surge a figura da “Policlínica”, denominação dada à Unidade Municipal de Saúde na área abrangente de um determinado

número de consultórios do “Médico de Família”, compondo uma “micro-rede de referência”, atuando como “pólo de Vigilância à Saúde”.

Em termos da cobertura, a população alvo é de 92.650 habitantes, sendo incluídas famílias cujos chefes têm rendimento mensal de até 10 salários mínimos (segundo dados do IBGE - 1991), e a população cadastrada no programa soma 44.000 ou 47,5%.

Como transformações (objetivas e subjetivas) observadas, são apontadas: aumento da captação de gestantes no 1º e 2º trimestres, diminuição de partos cesareanos, de esterilizações e de crianças com baixo peso ao nascer; aumento de cobertura vacinal, controle de doenças crônico-degenerativas e de consultas e procedimentos com enfoque preventivo; diminuição das referências aos serviços de urgência e internações hospitalares, mas com melhoria de acesso aos serviços de maior complexidade quando necessário.

A aplicação progressiva da proposta à toda rede municipal de saúde de Niterói, propiciará, segundo seus gerentes, *uma verdadeira transformação do modelo assistencial, permitindo o desenvolvimento de um novo paradigma em saúde pública*, segundo os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SMS/FMS, 1997: 17).

No caso de Niterói, julgamos que um fator chave para os desdobramentos positivos da implementação do “médico de família” tem sido a existência no poder, de uma coalização política de mais longo prazo, que tem permitido uma certa estabilidade institucional e favorecido a condução do programa ao lado das demais políticas que vem sendo desenvolvidas pelo município, cujos resultados o têm projetado no cenário nacional e internacional em relação à qualidade de vida da cidade.

A parceria estabelecida com Cuba tem despertado o interesse de outros municípios, ocasionando a ida de muitos brasileiros àquele país para conhecer de perto seu sistema de saúde com base no médico de família, bem como a

troca de informações com os próprios técnicos de Niterói, que também contribuíram para formulação do Programa de Saúde da Família.

Ocorre que, paradoxalmente, o grau de compromisso do governo com o setor saúde, que em termos do orçamento municipal sofreu um efeito incrementalista (de 29,9% em 1995 para 39,4% em 1996), vem colocando em risco a sustentabilidade da própria política a longo prazo (COSTA & RIBEIRO, 1997), constituindo-se o financiamento, tal como no exemplo anterior, um fator que pode limitar a expansão do modelo.

IV.3 O Programa de Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde - Curitiba, Paraná, Brasil

Com cerca de 1,4 milhão de habitantes, Curitiba, capital do Paraná, tem se projetado, inclusive internacionalmente, como uma das cidades que melhor tem aliado sua condição de metrópole (com seus problemas típicos) à construção de um conceito de qualidade de vida urbana, baseado em projetos nas áreas de planejamento urbano, transportes, educação, saúde, ecologia e cultura, tendo como eixo principal a valorização da cidadania.

Em termos de seu sistema de saúde, o município constitui-se em pólo de uma região metropolitana que congrega 22 municípios, totalizando cerca de 2.400.000 habitantes (incluindo a população da capital), atuando em regime de gestão semi-plena desde 1996.

Desde o final da década de 70, Curitiba vem tentando desenvolver propostas de modificações e expansão da rede municipal de saúde, com base nas formulações em torno da Atenção Primária em Saúde e de Medicina Comunitária.

Organizadas inicialmente segundo áreas de abrangência, as unidades de saúde incorporaram diversos Programas, segundo o modelo tradicional da Saúde Pública, voltados para grupos etários ou patologias específicas (da Mulher, da Criança, de Diabetes, de Hipertensão, etc.), além do trabalho de agentes de saúde (SILVA JR., 1996).

Durante a década de 80, o processo de reformulação continuou e Curitiba, através de seus dirigentes da saúde, insere-se no contexto das discussões em torno da política de saúde e do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, culminando em 1991, com a implantação do SUS, na realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde e criação do Conselho Municipal de Saúde (SILVA JR., 1996).

A partir de então, a estratégia de mudança foi norteada pelos princípios e diretrizes do SUS e do referencial metodológico do SILOS, proposto pela OPS, mas o desempenho do setor era ainda considerado *limitado face à problemática gerada no processo de urbanização acelerado das regiões metropolitanas* (GIACOMINI *apud* SILVA JR., 1996: 85), sendo proposto então o conceito de “Saudicidade” para repensar o seu papel.

Como um referencial mais amplo, a proposta “Saudicidade”, que se tornou proposta de governo, tem como principal fundamento a intersetorialidade, onde a saúde é assumida como prioridade da ação governamental, numa perspectiva de articulação e ação conjunta com outros setores da administração pública.

De acordo com Relatório de implantação do “Médico de Família” em Curitiba (Prefeitura Municipal de Curitiba, 1992), assumido como proposta de governo para a rede de serviços de saúde, uma das primeiras medidas para sua concretização teria sido uma visita para conhecer a proposta que se entendia como a melhor do país, a do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre. No mesmo ano, em 1991, a jornada de estudos que precedeu a Conferência Municipal de Saúde incluiu uma mesa redonda para discutir Medicina de Família, com a participação de profissionais do GHC.

Durante o ano de 1992 foi implantada a primeira experiência baseada no médico generalista na Unidade de Saúde Pompéia, com delimitação de área de abrangência e setorização para atuação dos profissionais de saúde, buscando enquadrar-se ao conceito norteador para mudança do modelo assistencial, a vigilância à saúde, segundo orientação da Secretaria Municipal de Saúde (PMC, 1992).

Ainda que algumas melhorias tenham sido alcançadas (aumento da cobertura vacinal; garantia de atendimento hospitalar às gestantes; levantamento das condições de saneamento, etc.), a falta de pressupostos básicos, como a decisão de que o projeto alcançasse toda a rede e a inexistência de um adequado sistema de referência, são apontados como

obstáculos às *mudanças estruturais pretendidas* (SMS, 1992: 08). Além disso, em termos de participação da comunidade, os esforços neste sentido não resultaram em envolvimento satisfatório, com presença pouco expressiva dos moradores nas reuniões convocadas.

À frente do processo, o Dr. Dante Romanó, então assessor da Secretaria de Saúde e coordenador do projeto, participou de vários eventos relacionados ao tema (Medicina Geral/Familiar), inclusive a mencionada visita ao GHC. Sua participação no Encontro Brasil-Cuba, em Niterói, ensejou o convite para ida à Curitiba do Dr. Feliberto Perez Ares, assessor do Ministério de Saúde cubano para implantação do Programa de Médico de Família em Niterói, sendo desenvolvida uma série de atividades em parceria com a Universidade do Paraná, em colaboração com o Dr. Carlos Grossman, do GHC. A convite deste último, o Dr. Romanó participou, em Porto Alegre, da reunião com representantes do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra, com vistas a um trabalho de cooperação e fortalecimento dos vínculos com o Grupo Conceição. Com a continuidade do apoio do assessor cubano, Dr. Feliberto, a proposta curitibana se consolidou, de fato, com a implantação da Saúde da Família na Unidade de Saúde São José, em 1993.

A “sensibilidade para o trabalho de natureza social” foi o fator que levou ao início do PSF nessa unidade de saúde da periferia da cidade, onde os profissionais se interessavam em desenvolver o trabalho a partir de alguns princípios da Saúde da Família. Cobrindo uma área com 2.696 habitantes, numa região distante 15 Km do centro de Curitiba, a Unidade da Vila São José iniciou o trabalho com o apoio de um médico geral comunitário do Grupo Hospitalar Conceição, que permanecendo durante cerca de um ano, colaborou na capacitação da equipe e organização do serviço (PMC, 1995; 1997). A Unidade passou a contar com uma equipe de 20 profissionais, sendo 2 médicos, 2 dentistas, uma enfermeira, uma assistente social, 6 auxiliares de enfermagem, 2 técnicos de higiene dental, 4 auxiliares de consultório dentário e pessoal administrativo e de serviços gerais (MS, 1996: 59).

O envolvimento da academia com a proposta se deu desde o início da experiência na Unidade Pompéia, com a participação considerada decisiva da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná e o Dr. Dante Romanó passou a ser responsável pelo programa de educação continuada das equipes do PSF.

A formação e a educação continuada foram consideradas um grande desafio, dado que a Saúde da Família era identificada a partir de uma lógica diferente daquela das práticas e serviços tradicionais.

Em 1994, um encontro com a Universidade de Toronto parece ter sido o fator decisivo nessa direção, embora descrito como fruto de um acaso. Segundo o professor Romanó, uma equipe de especialistas de um hospital de traumatologia de Curitiba estava visitando a universidade canadense, buscando intercâmbio na área de tecnologia hospitalar e se impressionou *com a importância da saúde da família na própria universidade e na sociedade canadense* (Dante Romanó, 1998, entrevista pessoal).

Voltando a Curitiba, levaram a proposta à Secretaria Municipal de Saúde, que buscou ampliar o debate promovendo um encontro que reuniu participantes de Niterói, Porto Alegre, Ministério da Saúde e universidades locais, além da Universidade de Toronto (MS, 1996:63).

O município resolveu investir na proposta, inclusive com recursos financeiros, viabilizando o curso de formação profissional organizado em estrutura modular (5 módulos), para os profissionais da unidade-piloto e de outras que entraram no processo, totalizando 17 alunos de nível superior. O foco do trabalho foi a “mudança da visão de trabalho em saúde”, assim definida pelo professor Romanó:

A medicina de família promove uma substituição da prática anterior, fragmentada, simplista e limitadora, por uma visão racionalizada do trabalho, (...) balizada por melhor capacidade de resolver problemas, de forma humanizada e com responsabilidade, apoiando-se na epidemiologia e sempre

que possível chegando antes da doença, tanto pela educação como pela promoção da saúde. (MS, 1996: 63)

Além disso, (...) não se trata de descartar os serviços de especialidades, mas de dar a eles a real dimensão de sua necessidade, de seu custo social e de sua efetividade (MS, 1996:64).

A metodologia do curso é problematizadora e a seqüência dos módulos obedece uma ordem temática, iniciando-se pela *educação*, sendo seguida pela *atuação, comunicação, apreciação crítica e princípios de medicina familiar*. Entre os módulos, num período de 45 dias, os alunos deveriam desenvolver monografias a partir de problemas identificados na realidade dos serviços, objetos de reflexão crítica no início do módulo seguinte. Além disto, demandas por informações específicas poderiam ser atendidas por profissionais especialistas da rede e das universidades. Cada aluno “formado” torna-se multiplicador, e passa a ser responsável pela preparação de 12 novos profissionais (Vera Drehmer, 1998, entrevista pessoal; MS, 1996: 63, 64).

O curso básico ministrado pelos docentes do Departamento de Medicina Familiar e Comunitária da Universidade de Toronto trabalha com os princípios básicos de Medicina Familiar desenvolvidos pelo *Canadian College of Physicians* (TALBOT, 1996 *apud* PMC, 1996; PMC, 1997: 08, 09, 10), que reitera os fundamentos da Medicina Familiar enunciados anteriormente (ver anexo A).

A realização da 2ª Conferência Municipal de Saúde em 1994 ensejou, em consonância com o Conselho Municipal de Saúde, a aprovação de diretrizes gerais para atuação da Secretaria Municipal, entre as quais se incluía o enfoque voltado à saúde da família (SILVA JR., 1996: 85,86).

Assim, o “início oficial” do PSF em Curitiba deu-se a partir de 1995, em 05 unidades de saúde (São José, Palmeiras, Dom Bosco, Jardim da Ordem e Pompéia), para as quais foram formados 15 profissionais de nível superior através do Curso em parceria com a Universidade de Toronto (PMC, 1997)

A partir de então, o Programa começou a ser expandido, passando a contar com 24 unidades e 58 equipes, totalizando 504 profissionais, entre médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de consultório dentário, técnicos de higiene dental, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais. A seleção destes profissionais foi feita a partir do próprio quadro de servidores da Secretaria de Saúde, através de avaliação curricular e da chefia imediata, além de entrevistas (responsáveis pela metade da pontuação). A opção por esta estratégia de seleção foi justificada pelo fato de que *não se tratava de criar novos serviços ou unidades mas sim, de provocar uma transformação interna na lógica do sistema, gerando uma nova política de atenção à saúde* (MS, 1996:58).

Não havia exigência de que os candidatos residissem na área de atuação da unidade de saúde, mas o horário de trabalho era de 8 hs diárias, com remuneração diferenciada.

Para 1996, a Secretaria projetou implementar o PSF em cerca de 30% de toda a rede, e além da expansão da rede física e de profissionais decidiu incorporar a categoria de agente comunitário de saúde, sendo prevista a contratação de 250 agentes para atuarem nas unidades de PSF.

Os critérios para definição das áreas de implantação da Saúde da Família têm sido, de acordo com a Coordenação do Programa:

- a) risco social, indicadores epidemiológicos desfavoráveis, dificuldade de acesso a outros serviços de saúde;
- b) dificuldade de lotação e fixação de profissionais nas Unidades de Saúde;
- c) participação e interesse da comunidade na implantação da Saúde da Família (PMC, 1997: 04).

Em termos da hierarquização do sistema, Curitiba tem uma proposta “pluralista”, através da coexistência de Centros de Saúde com oferta programada, Pronto-Atendimento, Unidades 24 hs com leitos de curta

permanência, Odontoclínicas e Laboratório Municipal. No âmbito hospitalar, a assistência é fornecida por hospitais contratados ou conveniados ao SUS, controlada por uma central de leitos (SILVA JR., 1996).

Nesta lógica, não há uma caracterização formal de Unidades Primárias ou uma porta de entrada única, passando a unidade local a desempenhar o papel de centro de referência para as questões de saúde de sua “área de responsabilidade” (RIBEIRO, 1995 *apud* SILVA JR., 1996:90).

As Unidades de Saúde Municipais foram passando por um processo de adaptação de sua estrutura física e de recursos humanos, de modo a permitir a regionalização dos serviços de saúde, incluindo-se a figura do médico generalista e, mais recentemente, a saúde da família, com adscrição de população onde cerca de 1000 famílias ficam sob responsabilidade de uma equipe coordenada por um médico generalista.

É preciso ressaltar que as chamadas Unidades de Saúde da Família passaram a conviver com as demais unidades de saúde do município, à época totalizando 87 unidades consideradas de atenção integral e multiprofissional, cinco das quais com atendimento 24 hs, sendo a Saúde da Família considerada “uma alternativa na *maneira* de prestar serviços e não uma resposta à *escassez* de serviços” (MS, 1996:57).

O Programa ocupa duas páginas do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde, onde são divulgados princípios do trabalho, pesquisas em andamento e indicações bibliográficas (“uma dificuldade no Brasil, que tem pouca produção teórica sobre o assunto”, segundo os curitibanos) (PMC, 1997).

Atualmente são 58 equipes distribuídas nas 24 Unidades de Saúde, para atender uma população de 238.000 habitantes, o que corresponde a cerca de 15% da população total do município.

Para o município de Curitiba, a Saúde da Família é

uma aposta mais alta na modificação do conceito de atenção à saúde, no alargamento da perspectiva de compreensão do processo saúde-doença e uma nova forma de responder a este mesmo processo, o que implica mudanças teóricas e práticas, sendo parte de uma estratégia de construção de um modelo assistencial, que consolide e aprimore o SUS em seus princípios de descentralização, integralização das ações e qualidade dos cuidados (PMC, 1997:05)

Sob inspiração dos canadenses, Curitiba vem difundindo a proposta de capacitação das equipes do PSF para outros estados brasileiros, caso de Minas Gerais, Ceará e Espírito Santo. Destacaríamos uma abordagem específica da metodologia proposta por este modelo que começa a ser comentada no Brasil: a Medicina Baseada em Evidências. Segundo Drummond & Silva (1998) tratar-se-ia de um *novo paradigma* para o ensino e a prática médica, proposto e desenvolvido por um Grupo de Estudos da Universidade McMaster, do Canadá, na década de 80, com finalidades assistenciais e pedagógicas, com base no tripé Epidemiologia Clínica, Bioestatística e Informática Médica. Como base para decisões clínicas concretas ou para viabilização de estudos científicos, pressupõe quatro etapas sucessivas que incluem a formulação precisa de um problema clínico determinado; a pesquisa, na literatura correspondente de trabalhos relevantes sobre o assunto; a avaliação crítica das evidências, em relação a sua validade e a utilização e a implementação, na prática clínica, das evidências encontradas.

Entre outros objetivos estão incluídos a sistematização da educação continuada, a racionalização dos custos da assistência médica e a humanização do relacionamento médico/paciente, todos compatíveis com o Programa de Saúde da Família.

Segundo os técnicos responsáveis, mudanças na condução da Secretaria Municipal de Saúde e a conseqüente instabilidade político-institucional têm afetado o processo de implementação do programa, além da insuficiência de recursos financeiros para garantir a expansão e a qualidade.

IV.4 Os Casos Escolhidos: Algumas Observações

Para finalizar este capítulo, gostaríamos de afirmar, com base nas informações obtidas, que há muitas semelhanças nas concepções de Saúde da Família selecionadas, inclusive pela própria influência das experiências entre si, ainda que inspiradas em “modelos” diferentes.

Nos três exemplos (Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre; Programa do Médico de Família de Niterói e Programa de Saúde da Família de Curitiba), estão mescladas orientações de agências internacionais como OMS e OPS e experiências de outros países, já referidas num outro momento deste trabalho, além de fundamentos da legislação brasileira relativas ao SUS, incluindo a participação comunitária e a integralidade da assistência.

Em relação ao Ministério da Saúde e, sobretudo, aos países inspiradores, a adaptação de alguns parâmetros foi realizada, como área de adscrição e população abrangida; tamanho e composição das equipes; estratégias de implantação e capacitação dos profissionais; mecanismos de avaliação e controle, estes, aliás, incipientes tanto no nível central quanto no local.

Uma diferença importante que cumpre destacar é o fato de que no caso do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, a proposta assume desde o início, um caráter complementar em relação à rede do SUS no município, ao passo que é preconizada como modalidade de atenção diferenciada em Niterói, situações estas aparentemente mais polares em relação à Curitiba, onde parece haver um contorno mais substitutivo das práticas de saúde ao interior dos serviços existentes.

Em Niterói, contudo, ainda que a lógica de implantação não explicita o caráter complementar da proposta, a localização dos módulos parece

compatível com uma estratégia de complementaridade, voltada para determinados grupos de risco (MELAMED & RIBEIRO, 1995).⁹

No exemplo do SSC do Grupo Conceição, em Porto Alegre, as metas de cobertura são discutidas localmente, levando em conta as diferenças e características de cada área, buscando “priorizar ou focalizar áreas de risco para fazer uma distribuição mais justa dos recursos”, numa perspectiva de promover maior equidade ou “desigualar para igualar”. Este “mapeamento” tem sido feito através da incorporação de um Sistema de Informações Georeferenciadas (SIG). Assim, o Serviço trabalha com uma meta de cobertura de 90%, assumindo que alguns moradores utilizarão outras modalidades de atendimento, públicas ou privadas, como por exemplo, planos de saúde. (Souza, 1998, entrevista pessoal).

O caso do SSC (GHC) conforma uma situação política e institucional bastante singular, uma vez que, na realidade, parece constituir um subsistema dentro do SUS de Porto Alegre. De fato, abrangendo uma população que equivale a um município de médio porte, a estruturação dos serviços, que conta com atenção primária, apoio diagnóstico e terapêutico e internação (domiciliar e hospitalar), aliada a uma autonomia gerencial e financeira, permitiram manter os objetivos iniciais, garantir a expansão, aliando com aparente sucesso formação e assistência, e até conformando um certo mercado, uma vez que também contrata os profissionais formados pelo próprio programa, com salários acima daqueles pagos pelo SUS. Uma das maiores dificuldades apontadas refere-se, justamente, à referência para outras unidades, sobretudo privadas, ainda que conveniadas ao SUS, quando necessário.

Em Curitiba os pressupostos do PSF mostraram-se compatíveis com o interesse em aperfeiçoar a rede básica, cujos profissionais não eram os mais

⁹ Os critérios de decisão sobre a implantação dos módulos em Niterói foram discutidos por Senna (1995), levando em consideração a relação entre grupos de interesses (particularmente algumas Associações de Moradores) e a administração municipal como fatores preponderantes.

qualificados, não possuíam residência. Embora o Sistema de Saúde do município já estivesse razoavelmente organizado, segundo os preceitos da Reforma Sanitária e do SUS, havia um *gap* entre estrutura, processos e resultados, pois não conseguiam envolver os profissionais, sobretudo os médicos. A questão da clínica e da atenção primária com qualidade e resolutividade são aspectos centrais na tradução curitibana do programa, que também enfrenta dificuldades para estabelecer referência e contra-referência na rede de serviços.

De forma geral, os implementadores dessas três experiências julgam que a “Saúde da Família” é uma estratégia de qualificação da atenção primária, mas não se constitui, por si mesma, como substitutiva das modalidades de oferta de serviços existentes, porque não interfere nos níveis de maior complexidade nem na rede privada. Em relação, portanto, ao projeto do SUS como dimensão institucional da Reforma Sanitária, a “Saúde da Família” teria um caráter pontual em termos das possibilidades de articular ações de saúde com tal amplitude, sendo apontadas como principais limitações a viabilização e organização de sistemas de referência e contra-referência e o financiamento para o Sistema como um todo.

Em termos de metas (de cobertura e/ou institucionais) e indicadores de processo e resultado, nenhuma das experiências formalizou sistemas de acompanhamento com dados gerenciais específicos que ilustrem as dificuldades e avanços alcançados.

Nos exemplos do GHC e de Curitiba a centralidade da proposta está aparentemente na questão assistencial, com a preocupação de formar/capacitar “bons clínicos”, capazes de atuarem no espaço das comunidades, com vínculo e inserção em equipes de trabalho, onde, contudo, o profissional médico mantém-se como o principal agente, tal qual ocorre na Inglaterra e no Canadá, influências para os dois casos, respectivamente.

Em Niterói a ênfase parece recair na dimensão da gestão, onde apesar de mantida a centralidade do médico no desenvolvimento do programa, vêm sendo fortemente estimuladas formas de gerência mais participativas, através do efetivo envolvimento das associações de moradores nos locais de implantação do “médico de família”.

De qualquer maneira, essas três experiências ressaltam a boa receptividade das propostas nos locais onde foram desenvolvidas.

COMENTÁRIOS FINAIS

A “Saúde da Família” enquanto proposta nacional de assistência no SUS, aparece no Brasil nos anos 90, inicialmente sob a forma de mais um Programa do Ministério da Saúde, mas ganha visibilidade a partir de meados da década, quando torna-se recurso estratégico, segundo o Ministério, para a mudança do modelo assistencial vigente no país.

Neste processo sua difusão se acelerou, foram estabelecidos mecanismos institucionais para estímulo à sua adesão por parte dos municípios. Ampliaram-se as metas iniciais, como resultado de uma forte ação política por parte do Estado, através do Ministério da Saúde, para incentivar sua implementação, como forma de viabilizar a atenção básica no sistema público de saúde.

Se num primeiro momento, a proposta surge como uma alternativa possível para reorganizar o chamado nível primário do sistema, posteriormente vai assumindo contornos mais prescritivos, quando o Ministério atrela ao financiamento da atenção básica os incentivos para a implementação do Programa de Saúde da Família, definindo esta orientação através da NOB/SUS-01/96.

As repercussões de tais medidas, num cenário de propostas reformistas intra e extra-setoriais, marcado por dúvidas e incertezas, tem estimulado o debate, muitas vezes de forte matiz ideológico, acerca da operacionalização do próprio sistema de serviços, segundo as diretrizes consagradas constitucionalmente.

De fato, como estratégia para implementação do SUS, a “Saúde da Família” não pode ser pensada isoladamente, sobretudo porque os obstáculos identificados neste processo extrapolam os aspectos pontuais abrangidos pela proposta. Neste sentido, pensar a atenção básica sem uma preocupação de

articulação com uma rede de serviços complementares e não menos necessários, pode ser uma iniciativa necessária mas insuficiente para tornar viáveis as diretrizes de mudança que pretende concretizar.

As dificuldades impostas pelo modelo de atenção predominante e pela conformação da oferta de serviços ainda vigente, construídos historicamente e subjacentes aos interesses de diferentes grupos, não parecem passíveis de serem superadas senão através de processos de negociação política, com vistas a soluções construídas e pactuadas coletivamente, compatibilizando os princípios norteadores do SUS nas diferentes realidades locais.

Neste trabalho buscamos situar a “Saúde da Família” por um lado, em relação aos seus pressupostos organizativos em termos das práticas de atenção à saúde, particularmente da prática médica e dos serviços de atenção básica ou primária; e, por outro, em relação ao contexto mais geral da construção do Sistema Único, diante das mudanças de orientação das políticas sociais e de saúde nos anos recentes, do qual, a nosso ver, a proposta não pode ser desvinculada.

Assim, tentamos traçar um panorama mais geral em relação ao debate em torno da reorganização do setor saúde nos anos 90 vis-à-vis as políticas macroeconômicas para a América Latina e, portanto, para o Brasil.

Na esteira das medidas de ajuste fiscal adotadas por esses países, as diretrizes de reforma setorial fomentadas por organismos internacionais como o FMI e o Banco Mundial, pregam uma política compensatória com base nos conceitos de custo-efetividade, seletividade e focalização, além da eleição de prioridades, onde, como adverte Almeida (1996a), sobretudo a assistência médica passa a ser questionada como direito social.

Diminuir custos e maximizar resultados parece ser a tônica das medidas racionalizadoras, que por seu caráter de simplificação extrema parecem pouco compatíveis com a realidade epidemiológica do Brasil (bem como da Região). Como adverte Costa (1996), essas agências teriam assumido o falso

pressuposto de que as necessidades de cuidado de saúde das camadas mais pobres da população poderiam ser contempladas com uma cesta básica de programas de saúde e serviços clínicos simplificados, porque os agravos de maior complexidade, como as doenças crônicas por exemplo, seriam típicas das camadas médias e altas, enquanto aquelas de menor renda permaneceriam expostas às doenças infecto-parasitárias.

O espírito da reforma proposto por esses organismos internacionais parece, portanto, assumir a segmentação de clientela como uma contingência inexorável do modelo, que romperia com os princípios de universalidade e integralidade do SUS.

Cumpramos assinalar, no entanto, que os exemplos que selecionamos neste estudo configuram práticas de “Saúde da Família” que embora focalizadas e restritas, apontam para mudanças mais amplas que envolvem desde a organização de serviços, a capacitação de profissionais e o processo de trabalho, ou seja, a mudança da prática médica e dos comportamentos frente à saúde e à doença. Assim, o dilema entre universalidade e seletividade não parece ter as fronteiras bem demarcadas, uma vez que alguma forma de ‘discriminação positiva’, portanto, de focalização, está presente nos critérios para definição da área e dos beneficiários da proposta (populações de risco), e o aumento de cobertura e melhoria do acesso ao nível básico do sistema possam ser consideradas medidas incluídas.

Dessa forma, observamos que as periferias e zonas rurais das cidades, onde estão as camadas de menor poder aquisitivo e há menor oferta de serviços, são aquelas onde preferencialmente vêm ocorrendo a implementação do PSF, como também apontam Viana & Dal Poz (1998).

Sendo assim, essas experiências de práticas focalizadas dentro de um desenho de política universal confirmam, então, nossa hipótese de que o Programa de Saúde da Família apresenta um caráter complementar e não substitutivo (ou excludente) em relação aos princípios e diretrizes organizativas do SUS.

Entretanto, na perspectiva de problematização que neste trabalho esboçamos, tal observação não é suficiente para garantir os resultados e a qualidade preconizados pelo programa, enquanto instrumento estratégico para a reorganização e reestruturação do sistema público de saúde.

Em relação à cobertura, é possível especular que em municípios pequenos, em decorrência dos próprios estímulos financeiros, haja uma progressiva substituição da rede básica ambulatorial tradicional por unidades que funcionem segundo os princípios da saúde da família.

Todavia, em municípios de maior porte, com redes mais complexas de serviços, o conceito de adscrição é de difícil aplicação, em função da grande mobilidade de clientela, o que poderá restringir a proposta às áreas mais carentes (focalizada em áreas de risco). A substituição plena do modelo vigente pode, então, não ocorrer.

Além disso, em cidades grandes, o acesso a recursos mais complexos depende de maior interação entre as unidades prestadoras de serviços e esferas governamentais. A rede pública de saúde implica na oferta de assistência hospitalar complexa e emergencial, de ambulatórios e recursos diagnósticos sofisticados, a serem distribuídos por populações extensas. Um sistema assim desenhado depende de maior integração através de meios de informação mais ágeis, referência e contra-referência, onde a saúde da família tende a ser um importante componente junto a outras modalidades de assistência ambulatorial básica, como parecem apontar nossos exemplos.

A nosso ver, os limites e possibilidades do PSF, no que diz respeito à revisão do modelo assistencial, estariam vinculados à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde. Neste sentido, tem sido polemizado justamente porque tanto pode servir às tendências simplificadoras, como também às motivações de mudança para gerar resultados mais efetivos do SUS.

Como estratégia de mudança, a proposta, conforme a “tradução local”, corre os riscos das racionalizações muito próximas da atenção primária

seletiva, renovada nos termos do Banco Mundial. Ainda que a atual coordenação nacional do programa seja enfática ao refutar as críticas, argumentando que *o momento conjuntural é oportuno para a proposta*, reconhece como importantes desafios a mudança da lógica do financiamento setorial e o amadurecimento da discussão com os gestores municipais evitando a adesão pragmática ao PSF motivada apenas pelos novos incentivos financeiros.

É possível dizer que, mais que *um novo tipo de aliança na política de saúde* (VIANA & DAL POZ, 1998), a “Saúde da Família” tem evidenciado uma particular dinâmica na disseminação de políticas e paradigmas assistenciais, onde o grau de adesão dos atores e o estabelecimento de novas parcerias tem sido heterogêneo, sendo que várias dimensões cruciais ao sucesso da proposta continuam sendo um grande desafio, tais como o envolvimento da população usuária, o exercício de controle social, a referência e integração à rede de serviços e o efetivo envolvimento do profissional, principalmente o médico, com a comunidade com a qual trabalha.

Em nossa opinião, o Programa representa uma inovação importante justamente em relação a prioridades para alocação de recursos, tal como definido na última Norma Operacional para o SUS, oferecendo alternativa ao modelo dominante, centrado numa lógica de financiamento voltada para a oferta, sobretudo de assistência hospitalar, que estimula a produção de serviços voltados para a doença em detrimento da promoção e da prevenção.

É preciso, no entanto, tal como tentamos chamar a atenção neste trabalho, aprofundar a discussão em torno das definições sobre o enfoque da atenção primária, que permanece na base das recomendações da OMS (1996), através da *política de equidade, solidariedade e saúde*, formulada para as duas próximas décadas .

Discute-se uma *Nova Saúde Pública*, que reafirma os princípios da Declaração de Alma-Ata e incorpora a promoção à saúde e as chamadas políticas públicas saudáveis como elementos fundamentais para organização

de “sistemas de saúde sustentáveis”, que envolvem parcerias entre instituições públicas, organizações não-governamentais, setor privado, organizações comunitárias, indivíduos e a comunidade acadêmica (WHO, 1996 e 1997).

A lógica da promoção à saúde seria o princípio fundamental para redirecionar as práticas de saúde e reorientar a organização dos sistemas e serviços. Entretanto, como bem advertem Schraiber & Gonçalves (1996: 43):

*Dos anos de sua proposição original até hoje, a atenção primária vem progressivamente se tornando um complexo assistencial que envolve difíceis definições de tecnologia apropriada. Não só a medicina desenvolveu-se muito em seus diagnósticos precoces e definições de riscos genético-familiares, como epidemiologicamente a definição de situação de risco também se complexificou. Além disso, a dimensão de ações que promovem diretamente a saúde, mais que ações de restauração e prevenção, tornaram a **promoção à saúde** um conceito a ser melhor delimitado. Essa noção, mal esboçada nos anos 50, embora já presente enquanto intenção, traz novas questões para a assistência, como por exemplo uma melhor definição de qualidade de vida.*

Como mais uma proposta de organização da atenção primária em saúde, o PSF não nos parece introduzir inovações significativas, salvo se considerarmos a inserção do profissional médico neste nível de atenção, o que não tem sido uma tradição nos países menos desenvolvidos. Como projeto de extensão de cobertura da assistência médica alinha-se a outras propostas que referimos neste trabalho, particularmente à Medicina Comunitária e à Medicina Familiar, ambicionando superar o caráter fragmentário do ato médico, conter custos e melhorar o desempenho dos serviços de saúde face às necessidades sociais.

Neste sentido, passa a ser considerada uma estratégia para conferir maior eficiência e efetividade do SUS, ainda que estes dois aspectos não possam ser atribuídos exclusivamente ao nível primário de atenção.

Concordamos com Viana & Dal Poz (1998), quando analisam o impacto do PSF na perspectiva da diminuição de internação hospitalar. Segundo esses

autores, se, por um lado, tal fato vem ocorrendo, inclusive em relação aos nossos exemplos, por outro, é também de se esperar que a maior resolutividade da atenção básica resulte num aumento dos níveis de cobertura do sistema (incluindo a demanda reprimida), com conseqüente aumento da necessidade de procedimentos mais complexos, inclusive internações, e, portanto, do custo da assistência.

Na perspectiva de imprimir maior racionalidade ao sistema de serviços, a partir dos pressupostos de qualificação da demanda, diminuição do gasto hospitalar e intervenção sobre os estágios mais precoces do processo saúde-doença, através da promoção/prevenção, a “Saúde da Família” pretende, menos uma ruptura do modelo clínico e mais o controle sobre a utilização de serviços médicos, privilegiando a reorganização da oferta pela via da contenção de custos. A otimização dos serviços torna-se imperativa diante dos argumentos da escassez de recursos, condicionados por uma política econômica restritiva.

O desafio a ser enfrentado, portanto, está dado pelo próprio processo de implementação não só da “Saúde da Família” mas das políticas de reforma, por definição transitórias, e de seus resultados no curto e longo prazos, que de forma dialética podem transformar a própria política (SKOCPOL,1985; ALMEIDA,1995). Em outras palavras, uma grande distância separa discurso (centrado no cidadão, nas necessidades epidemiológicas) e prática (reorganização do modelo de atenção centrado na oferta).

As possibilidades de que a “Saúde da Família” torne-se um novo paradigma, de fato existem, mas construir com a população um novo modelo assistencial é um objetivo de mais longo prazo. Um programa como o PSF, que pretende atuar numa lógica diferente daquela conhecida pelos usuários dos serviços e mesmo dos profissionais de saúde, enfrenta dificuldades de ordem estrutural para sua implantação e exige um debate mais amplo que extrapola os limites do setor como área de atuação pública.

Além do contexto mais geral, ao qual já nos referimos, há que se considerar as relações dinâmicas entre as estruturas organizacionais, os distintos recursos de apoio mobilizados e as características sociais, culturais e econômicas dos atores, que interagindo entre si e com a estratégia de implementação, afetam o grau de alcance dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. M., 1993. *A Reforma Sanitária Brasileira: um trajeto de mudanças*. Série Estudos: Política, Planejamento e Gestão em Saúde. n. 1 Rio de Janeiro: DAPS/ENSP.
- ALMEIDA, C. M., 1995. *As Reformas Sanitárias dos Anos 80: Crise ou Transição?* Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ..
- ALMEIDA, C. M., 1996. Novos Modelos de Atenção à Saúde - Bases Conceituais e Experiências de Mudança. In: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (orgs) *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ., pp.69-98,
- ALMEIDA, C.M., 1996a. Relatório do Grupo de Trabalho *Ad hoc* sobre “Reforma do Setor Saúde na Região da América Latina”. Brasília: Organização Panamericana de Saúde. (mimeo)
- ARELLANO, O L., 1994. La Selectividad en la Política de Salud. In: LAURELL, A C.(org.). *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Mexico: Universidad Autonoma Metropolitana/ Fundacion Friedrich Ebert. pp.33-60,
- BARROS, M. E. D., 1997. Política de Saúde: A Complexa Tarefa de Enxergar a Mudança Onde Tudo Parece Permanência. In: CANESQUI, A M. (org.), *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Ed. HUCITEC/ABRASCO. pp.113-133.
- BEVILACQUA, F., 1978. Tendências Curriculares na Área Profissional e a Formação do “Médico de Família”. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.2, n.1, pp.17-20.
- BORDIN, R. & SILVA, J.O , 1987. Medicina Geral Comunitária: Novos Rumos? In: *Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária*, Porto Alegre, v.1 n.1, pp. 7-9.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1993. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e fazer Cumprir a Lei*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1993. Norma Operacional Básica - SUS 01/1993. Portaria MS nº545. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1993. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1994. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde.

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1995 Plano de Ação do Ministério da Saúde 1995-1999. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1995. Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1996. Norma Operacional Básica - SUS 01/1996. Portaria MS nº2.203. Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1996. *Projeto Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS*. Manual de Operacionalização. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1996. Saúde da Família - Construindo um Novo Modelo. In: *Cadernos de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, Ano I, n. 1
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1996/1997. Termo de Referência para Elaboração de Projetos de Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde/Projeto REFORSUS.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1997. 1997 O Ano da Saúde no Brasil - Ações e Metas Prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1997. Saúde da Família - Estudo de Modalidades de Contratação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (versão preliminar)
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1997. Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1998. Instrução Normativa nº01/98. Brasília: Ministério da Saúde.
- BUSS, P. M., 1995. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. & LABRA, M. E. (orgs.). *Sistemas de saúde - continuidades e mudanças*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ.
- BUSTELO, E., 1994. Hood Robin: Ajuste e Eqüidade na América Latina. In: *Pobreza y Modelos de Desarrollo en America Latina*. Buenos Aires: Ediciones Ficong.
- CAMPOS, G. W. S. 1997. *Reforma da Reforma - Repensando a Saúde*. São Paulo: Ed. HUCITEC.
- CAMPOS, G. W. S., 1994. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para o debate. In: CAMPOS, G. W. S. et all. *Planejamento Sem Normas*. São Paulo: HUCITEC, p.53-60.

- CAMPOS, G. W. S., 1996. Papel do Movimento Sanitário na Construção do Novo. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 1, n. 1, pp. 23-25.
- CANADA. The College of Family Physicians of Canada. 1971. *Educational Objectives for Certification in Family Medicine*. Part 1. Canada.
- CANFIELD, P. R., 1976. Family Medicine: an Historical Perspective. In: *Journal of Medical Education*. USA, v. 51, pp. 904-911.
- CARNEIRO, A P., 1978. A Medicina de Família. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, pp.19-50. (Suplemento I)
- CARVALHO, A I., 1995. *Conselhos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBAM/FASE.
- CECÍLIO, L. C. O. (org.), 1994. *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- CEITLIN, J. (org.). 1982. *Que és la Medicina Familiar*. Buenos Aires: FEPAFEM/ KELLOGG.
- CHAVES, M., 1978. Formação do Médico Generalista - Novos Rumos. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, pp.113-123. (Suplemento I).
- COHN, A , 1994. *Mudanças Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil*. São Paulo: Cedec/DMP-USP. 17p. (mimeo).
- COHN, A , 1997. Estado, Políticas Públicas e Saúde. In: CANESQUI, A M. (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Ed. HUCITEC/ABRASCO, pp.157-171.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA, 1 - Relatório Final. In: *Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária*. Porto Alegre, v.1, n. 1, pp. 33-34.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA, 2 - Notícias. In: *Revista brasileira de Medicina Geral Comunitária*. Porto Alegre, v.1, n.1, pp. 30-31.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5. Congresso Paulista de Saúde Pública, 5. São Paulo, Águas de Lindóia, 27 a 29 de agosto, 1997.
- CORDEIRO, H. 1996. *O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS*. In: *Cadernos Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, Ano I, n. 1, pp. 10-15.
- COSTA, N. R., 1996. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90 - a Agenda para a Reforma do Setor Saúde no Brasil. In: COSTA, N. R. &

- RIBEIRO, J. M. (orgs.). *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, pp.13-29.
- COSTA, N.R. & RIBEIRO, J.M. 1997. *Descentralização e Política Social: o Caso do Setor Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (mimeo).
- COTTA, R. M. M., MENDES, F. F. & MUNIZ, J. N., 1998. *Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: do imaginário ao real*. Viçosa: Editora UFV.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L., 1976. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- DRUMMOND, J. P. & SILVA, E. S. 1998. *Medicina Baseada em Evidências: Novo Paradigma Assistencial e Pedagógico*. São Paulo: Ed. Atheneu.
- DRURY, M., 1976. Concepto y Evolucion de la Medicina General/ Familiar y Comunitaria. In: *Simposio Internacional de Medicina General/Familiar y Comunitaria*. Mexico: Universidad Nacional Autonoma, pp.5-7.
- ELIAS, P. E., 1996. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, A & Elias, P. (orgs). *Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços*. São Paulo: Ed. Cortez, pp.57-117.
- ELSTER, J., 1994. *Peças e Engrenagens das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: RELUME/DUMARÁ.
- FARIA, H. P. 1996. O Programa de Saúde da Família e o SUS. In: *Os Alicerces da Utopia: Saúde e cidadania no SUS de Brumadinho*. Prefeitura Municipal de Brumadinho.
- FAVERET Fº, P. & OLIVEIRA, P. J., 1989. *A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/ IEI.
- FAVERET Fº, P. & OLIVEIRA, P. J., 1990. In: *Revista Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília: IPEA., n. 3, pp. 139-162.
- FERREIRA et alli. 1996. História e Avanços do Trabalho de Enfermagem na Divisão de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. In: *Momento & Perspectivas em Saúde*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, v. 9, n. 2, pp.106-113.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. 1989. Programa Consultório Médico de Família. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde (mimeo).
- GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. 1996. Município Saudável - Iniciativa de Implantação. Paraná: Secretaria Estadual de Saúde, OPS/OMS.

- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC), 1997. *Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC), 1986. Descrição do Sistema de Medicina de Família do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição (mimeo).
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC), 1996. Momento e Perspectivas em Saúde. In: *Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, v.9, n.2, 120p.
- HAQ, C. et al., 1996. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. In: *Boletim Oficina Sanitaria Panamericana* 120 (1).
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), 1997. O Brasil na Virada do Milênio - Trajetória do Crescimento e Desafios do Desenvolvimento. Brasília. Ministério do Planejamento e Orçamento.
- INTERNACIONAL DE SERVIÇOS PÚBLICOS (ISP). 1998. Projeto de Monitoramento do Grupo Banco Mundial no Brasil. Brasil (mimeo).
- JANEWAY, C. A., 1974. Family Medicine - fab or too real? In: *New England Journal of Medicine*, n. 291, pp. 337-343.
- JUCHEN, C. et alli. 1996. Avaliação na Prática: Planejamento Local e a Construção Coletiva de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. In: *Momento & Perspectivas em Saúde*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, v.9, n.2, pp.30-34.
- JUNQUEIRA, L. P., 1997. A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: CANESQUI, A. M. (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Ed. HUCITEC/ABRASCO, pp. 173-204.
- LABRA, M. E., 1997. *Notas sobre a Análise de Políticas Públicas, Modos de Policy-Making e Intermediação de Interesses*. Rio de Janeiro. (mimeo).
- LAURELL, A. C., 1994. *La Salud: De Derecho social a Mercancia*. In: LAURELL, A. C. (org.). *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana/ Fundación Friedrich Ebert, pp. 09-31.
- LEVCOVITZ, E. e GARRIDO, N. G. 1996. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. In: *Cadernos Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, Ano I, n. 1. pp.03-08.
- LUZ, M. T., 1991. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática"- Anos 80. In: *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, RELUME/DUMARÁ, v.1, n. 1.

- LUZ, M. T., 1994. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: RELUME/DUMARÁ, ABRASCO, UERJ/IMS, pp.131-152.
- MACHADO, M. H., 1996. *Os Médicos e sua Prática Profissional: as Metamorfoses de uma Profissão*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.
- MATTOS, E. M. D., 1989. O Médico de Família - São Paulo. In: *O Enfrentamento da Questão Social: Experiências Municipais São Paulo*: FUNDAP, pp.237-241.
- MÉDICI, A C. 1990. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento. Relatório Técnico nº 02/90. ENGE/IBGE.
- MELAMED, C. & RIBEIRO, J. M., 1996. Custo x Benefício em Programas de Saúde da Família: o Caso do Programa Médico de Família de Niterói/RJ. Versão Preliminar. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- MELLO, C. G., 1978. A Formação do Médico Generalista e a Medicina Previdenciária. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro:, pp. 67-80. (Suplemento 1)
- MELO, A. B. C. & MOURA, A S., 1990. Políticas Públicas Urbanas no Brasil: uma Análise dos Projetos do Banco Mundial. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 4, pp.99-126.
- MELO, M. A & COSTA, N. R., 1995. A Difusão das Reformas Neoliberais: Análise Estratégica, Atores e Agendas Internacionais. In: REIS, E. et al. (orgs). *Pluralismo, Espaço Social e Pesquisa*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, pp.153-176.
- MELO, M. A 1998. As Sete Vidas da Agenda Pública Brasileira. In: RICO, E. (org) *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Ed. CORTEZ.
- MENDES, E. V. (org.) 1995. *Distrito Sanitário - o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
- MENDES, E. V. , 1995. *O Processo Social de Distritalização da Saúde*. In: IBAM/FNS, *Planejando a Saúde no Município: Proposta Metodológica para Capacitação*. Rio de Janeiro. pp. 75-81.
- MENDES, E. V. 1985. *A Evolução Histórica da Prática Médica - suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas*. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP.

- MENDES, E. V. 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- MERHY, E. L. 1994. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os Serviços de Porta Aberta para a Saúde e o Modelo tecno-assistencial em Defesa da Vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC. pp.117-160.
- MISOCZKY, M. C. 1994. A Medicina de Família, os Ouvidos do Príncipe e os Compromissos com o SUS. In: *Saúde em Debate*, n. 42 pp. 40-44.
- NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E., 1994. AIS-SUDS-SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: RELUME/DUMARÃ, ABRASCO, UERJ/IMS. pp.73-111
- OLIVEIRA, G. S., 1998. *O Desenho Institucional do Sistema Único de Saúde e a Definição da Agenda Pública Local: Um Estudo de Caso no Município de Nova Friburgo*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1979. Formulación de estratégias com el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1986. Carta de Ottawa. Ginebra: OMS
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1988. Carta de Adelaide. Ginebra: OMS
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1991. Carta de Sundsvall. Ginebra: OMS
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1992. Carta de Bogotá. Ginebra: OMS
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1994. Noveno Programa General de Trabajo para el periodo 1996-2001. Ginebra: OMS.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1996. Renovação da Estratégia de Saúde Para Todos - Elaboração de uma Política de Equidade, Solidariedade e Saúde. Brasília/Rio de Janeiro.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA & FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS, 1973. Seminário "A Formação do Médico de Família".
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1986. Evaluacion de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000. Septimo Informe sobre la Situacion Sanitaria Mundial. Region de las Americas. Washington, D.C, v. 3..

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1991. Orientaciones Estrategicas y Prioridades Programaticas 1991-1994. Washington D.C.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1995. Orientações Estratégicas e Programáticas 1995-1998. Washington D.C.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1996. Desarrollo de la Teoria y Practica de la Salud Publica en la Region de las Americas (1990-1995). Versão Preliminar. Washington D.C.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE & COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 1994. Salud, Equidad y Transformacion Productiva en America Latina y el Caribe.
- OTTEWILL, R. & WALL, A. , 1990. *The Ghrowth and development of the Community Health Services*. Newcastle; Business Education Publishers.
- PAIM, J. S., 1985. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3 , pp 207-215
- PAIM, J. S. 1986. *Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política*. In: Estudos de Saúde Coletiva 4. Rio de Janeiro. ABRASCO, pp.11-25.
- PAIM, J. S. 1994. *A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais*. In: M. Z. Rouquayrol, Epidemiologia e Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro. MEDSI.p.455-466.
- PAIM, J. S. 1995. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: Mendes (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, pp.187-220.
- PAIM, J. S. 1996. Políticas de Saúde no Brasil ou Recusando o Apartheid Sanitário. In *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 1 n. 1, pp.18-20.
- PEREIRA, C., 1996. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária brasileira - 1985-1989. In: *DADOS - Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.39, n.3, pp.423-477.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (PMC), 1992. Relatório sobre Projeto de Implantação do Médico de Família na Rede de Serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (PMC), 1995. Boletim Saúde da Família.. Curitiba. Ano I, n. 1

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (PMC), 1995. Projeto Saúde da Família Curitibana. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (PMC), 1996. Boletim Saúde da Família. Curitiba, Ano II, n. 3
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (PMC), 1997. Programa Saúde da família de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN), 1997. Implantação do Médico de Família em Niterói: Relato de Experiência. Niterói: Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva, Programa Médico de Família.
- REPÚBLICA DE CUBA.. Ministerio de Salud Pública. 1991. *El Plan del Medico de la Familia en Cuba*. Cuba: Ministerio de Salud Pública, UNICEF, OPS/OMS, UNFPA.
- RICE, D. I., 1976. *Funciones del Medico General en el Sistema de Atencion Medica*. In: *Simposio Internacional de Medicina General/Familiar y Comunitaria*. Mexico: Universidad Nacional Autonoma., pp.91-110
- ROCHA, O L., 1978. Clínico Geral ou Médico de Família? In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro: v. II, n. 3, pp.31-39.
- SAMPAIO, L. F. R. 1996. A Municipalização da Saúde e a Gestão Semi-Plena. In: *Os Alicerces da Utopia: Saúde e cidadania no SUS de Brumadinho*. Brumadinho: Prefeitura Municipal de Brumadinho.
- SAYEG, M., 1978. A Formação do Médico Generalista e a Medicina Especializada. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, pp.81-111. (Suplemento 1)
- SCHRAIBER, L. B. (org.) 1993. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: HUCITEC.
- SCHRAIBER, L. B. & GONÇALVES, R. B., 1996. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, NEMES & GONÇALVES (org.). *Saúde do Adulto - Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo. HUCITEC. pp.29-47.
- SENNA, M. C. M., 1995. *Municipalização e Controle Social: o Programa Médico de Família em Niterói (1992-1994)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- SILVA JÚNIOR, A G., 1996. *Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

- SKOCPOL, T., 1985. *Bringing the State back in*. Cambridge: Cambridge University Press.
- TEIXEIRA, S. M. F., 1994. *Inequity in Health Services and Health Policies in Developing Countries: The Case of Latin America*. In: 3rd FICOSSER General Conference. 6-9 July 1994. Helsinki: Federation for International Cooperation of Health Services and Systems Research Centers, pp.15-30.
- TEIXEIRA, S. M. F., 1997. Políticas Sociais e Cidadania na América Latina. In: CANESQUI, A. M. (org.), *Ciências Sociais e Saúde* São Paulo: Ed. HUCITEC/ABRASCO, pp.135-155.
- VASCONCELOS, M. M., 1997. *Modelos de Localização e Sistemas de Informações Geográficas na Assistência Materna e Perinatal: Uma Aplicação no Município do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Coordenação dos Programas de Pós-Graduação de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- VIACAVA, F. & BAHIA, L., 1996. Assistência Médico-Sanitária: os Serviços de Saúde segundo o IBGE. In: *DADOS/RADIS*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n. 20, pp.03-30.
- VIANA, A L., 1996. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. In: *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.30, n. 2 pp. 05-43.
- VIANA, A L., 1997. Enfoques Metodológicos em Políticas Públicas: Novos Referenciais para os Estudos sobre Políticas Sociais. In: *Ciências Sociais e Saúde* (A M. Canesqui, org.), pp. 205-215, São Paulo: Ed. HUCITEC/ABRASCO
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1976. *Introducing WHO*. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1976. *Promotion of National Health Services Relating to Primary Health Care and Rural Development*. Genebra: Documento a29/22.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1988. *From Alma-Ata to the Year 2000 - Reflections at the Midpoint*. Geneva: WHO
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1993. *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Second Evaluation. Eith Report on the World Health Situation. Vol.3. Region of the Americas*. Geneva: WHO
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1996. *New Challenges for Public Health - Report of an interregional meeting*. Geneva: WHO
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1997. *WHO reform - Renewed Health For All strategy: draft policy for the twenty-first century*. Report by the Director-General.

WORLD BANK (WB), 1993. *The Organization Delivery and Financing of Health Care in Brazil..* Washington. (mimeo)

WORLD BANK (WB), 1993. *World Development Report.* Washington.

WORLD BANK (WB), 1996. *Brazil - Health Sector Reform Project - REFORSUS.* Report n. 15522-BR.(mimeo)

WORLD BANK (WB), 1997. *World Development Report 1997: The State in a Changing World.*

ANEXOS

ANEXO A

Princípios Básicos de Medicina Familiar (*Canadian College of Physicians*), que orientam o Curso ministrado pelos docentes da Universidade de Toronto

FONTE: TALBOT, 1996 *apud* PMC, 1996; 1997:08-10.

1) O PROFISSIONAL DE SAÚDE É UM CLÍNICO HÁBIL:

- a) centrado e contextualizado na realidade do paciente;
- b) que desenvolve parceria e compromisso;
- c) que analisa condições comuns na comunidade mas lida com situações menos comuns que impõem riscos de vida;
- d) cujo atendimento clínico está baseado na melhor evidência científica existente.

2) MEDICINA DE FAMÍLIA É UMA DISCIPLINA BASEADA NA COMUNIDADE:

- a) o corpo de seu conhecimento emerge da comunidade, não só em relação à prática, mas também no que se refere à educação e pesquisa;
- b) os problemas clínicos não são pré-selecionados e são comumente encontrados em estágios indiferenciados;
- c) o cuidado do paciente se dá em diferentes contextos;
- d) os profissionais são parte de uma rede de serviços, capacitados em cooperar como membros de uma equipe, e realizam encaminhamentos de pacientes para especialistas e recursos da comunidade de forma criteriosa.

3) O PROFISSIONAL DE SAÚDE É UM RECURSO PARA UMA POPULAÇÃO GEOGRAFICAMENTE DEFINIDA:

- a) sua população é tratada como “de risco”;
- b) avalia novas informações criticamente como relevantes para sua prática e promove a saúde;
- c) mantém registros e sistemas de informações;

- d) deve ter participação ativa na formulação e implementação de políticas públicas que possam melhorar a saúde de seus pacientes, além de responsabilidade quanto ao manejo de recursos;
- e) tem estratégias eficazes para o aprendizado auto-direcionado e continuado.

4) A RELAÇÃO PACIENTE-PROFISSIONAL É CENTRAL PARA O ATENDIMENTO DE FAMÍLIAS:

- a) abandono de atitudes de “poder” com relação ao paciente;
- b) continuidade dos cuidados ao longo do tempo;
- c) compreensão da natureza do sofrimento e da reação do paciente à doença.

ANEXO B

NOB/SUS - 01/96 - Quadros das Condições de Gestão

B.1 CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO DE MUNICÍPIOS

[M=município/ E=estado/ MS=Ministério da Saúde/ G=condição de gestão/
f/f=transferência regular e automática, fundo a fundo]

<u>CONDIÇÃO DE GESTÃO</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>	<u>FINANCIAMENTO</u>
GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	<p>M: responsável pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no PAB), das ações básicas de vigilância sanitária incluídas no PBVS e ações básicas de epidemiologia e controle de doenças;</p> <p>M: subordinam-se à gestão municipal, todas as unidades básicas de saúde (de gerência estatal - munic./est./fed. - ou privada)</p> <p>M: elabora PPI contendo referência intermunicipal</p> <p>M: garante referência assist. básica (rel. Gestor/gestor)</p> <p>M: implementa mecanismos de garantia da referência, em articulação com estado</p> <p>M: autoriza AIH e procedimento ambulatorial especializado (salvo definição contrária da CIB)</p> <p>M: controle e avaliação assistencial básica</p> <p>(E: gestor assist. hospitalar + ambulatorial especializada + alto custo/complexidade + Ort. & Prot. + TFD + Medic. Excepcional + Vig. Sanit. De Média e Alta Complexidade + PDAVS)</p>	<p><u>ASSISTÊNCIA BÁSICA:</u></p> <p>M: recebe f/f, PAB</p> <p>M: recebe Fator Ajuste do PAB + incentivo PSF/PACS</p> <p>M: paga prestador, p/prod.</p> <p>M: paga outro gestor (qdo. referir procedimento do PAB)</p> <p><u>ASSIST. AMB. ESPECIALIZ. + AIH</u></p> <p>MS: paga prest. qdo. E=G. Avançada</p> <p>E: paga prest. Qdo. E=G. Plena Sist.</p> <p><u>VIGILÂNCIA SANITÁRIA</u></p> <p>M: recebe f/f, o PBVS</p> <p>E: recebe, por produção, a Média e Alta Complexidade em Vig. Sanit. e o PDAVS.</p>

<u>CONDIÇÃO DE GESTÃO</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>	<u>FINANCIAMENTO</u>
GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL	<p>M: responsável pela gestão de todas as ações e serviços de saúde no município.</p> <p>M: subordinam-se à gestão municipal, todas as unidades e serviços de saúde (de gerência estatal -munic/est/fed - ou privada)</p> <p>M: responsável pela gestão da assistência (ambulatorial + hospitalar)</p> <p>M: executa ações de vigilância sanitária</p> <p>M: executa ações de epidemiologia e controle de doenças</p> <p>M: controle, avaliação e auditoria serviços no município</p> <p>M: opera SIH e SIA/SUS</p> <p>M: elabora PPI contendo referência intermunicipal</p> <p>M: implementa mecanismos garantia referência (relação gestor/gestor), em articulação com o estado.</p> <p>M: administra oferta de procedimentos de alto custo/complexidade, cf. PPI;</p> <p><i>(E: garante referência via PPI)</i> <i>(E: coordena política de alto custo/complexidade + Ort. & Prot. + TFD + Medic. Excepcional)</i></p>	<p><u>ASSISTÊNCIA:</u></p> <p>M: recebe f/f, \$ do Teto Financeiro da Assistência (TFA)</p> <p>M: paga todos os prestadores, todos os procedimentos sob sua gestão</p> <p>E: recebe \$ de Ort. & Prot. + TFD + Medic. Excepcional</p> <p><u>VIGILÂNCIA SANITÁRIA</u></p> <p>M: recebe f/f, o PBVS</p> <p>M: recebe, por produção, a Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária</p> <p>M/E: recebe, por produção, o PDAVS</p>

Fonte: Ministério da Saúde

OBS:

- ⇒ Os municípios habilitados na NOB - 93, poderão permanecer, temporariamente na respectiva condição de gestão;
- ⇒ Os municípios não habilitados em nenhuma condição de gestão, serão considerados PRESTADORES, cabendo ao estado a gestão do SUS nestes municípios.
- ⇒ Os municípios não habilitados em nenhuma condição de gestão, não recebem nada de vigilância sanitária.

B.2 CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO DE ESTADOS

[M=município/ E=estado/ MS=Ministério da Saúde/ G=condição de gestão/
f/f=transferência regular e automática, fundo a fundo]

<u>CONDIÇÃO DE GESTÃO</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>	<u>FINANCIAMENTO</u>
GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora PPI contendo referência intermunicipal • detalha programação do FAE • elabora e executa Plano Estadual de Investimentos, negociado na CIB e aprovado no CES • coordena política de alto custo/complexidade + Ort. & Prot. + Medic. Excepcional + TFD • formula política de sangue • organiza sistema de referência e câmara de compensação • formula política estadual de assistência farmacêutica • presta cooperação técnica a municípios • coordena política de vigilância epidemiológica e controle de doenças • contratação, controle e auditoria dos serviços sob gestão estadual <p>REQUISITOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispor de 60% dos municípios habilitados, ou 40% dos municípios desde que neles residam 60% da população. • Dispor de 30% do TFA (teto financeiro da assist. Comprometido com transferências f/f. 	<p><u>ASSISTÊNCIA:</u></p> <p>E: recebe f/f, \$ da FAE; (exceto M em G. Plena. Sist. e G. Semiplena)</p> <p>E: recebe f/f, \$ do PAB (exceto M. Q. recebem PAB f/f)</p> <p>E: paga diretamente, procedimentos do FAE; (exceto M.em G. Plena. Sist. e G. Semiplena)</p> <p>E: paga diretamente, procedimento do PAB (exceto dos Municípios que recebem PAB f/f)</p> <p>MS: paga AIH + Alta Complexidade Amb.</p> <p><u>VIGILÂNCIA SANITÁRIA:</u></p> <p>E: recebe f/f, PBVS de municípios não habilitados;</p> <p>E: recebe por produção, a Média e Alta Complexidade de Vig. Sanitária, exceto a correspondente aos municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal</p> <p>E: recebe por remuneração por serviços produzidos, o PDAVS.</p>

<u>CONDIÇÃO</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>	<u>FINANCIAMENTO</u>
-----------------	------------------------	----------------------

DE GESTÃO		
<p>GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As relacionadas na condição de gestão AVANÇADA e + • Gestão plena de todos os serviços, exceto em municípios habilitados em gestão plena de sistema municipal (e semiplena da NOB-93) e dos serviços básicos em municípios em gestão plena da atenção básica. • Operação do SIA e SIH • normatização complementar relativa ao pagamento de prestadores sob sua gestão, inclusive alteração de tabela (adotando-se a nacional como mínima) <p>REQUISITOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispor de 80% dos municípios habilitados, ou 50% dos municípios desde que neles residam 80 % da população. • Dispor de 50% do TFA (teto financeiro da assist.) comprometido com transferências f/f. 	<p><u>ASSISTÊNCIA:</u></p> <p>E: recebe, f/f, \$ do TFGE (teto financeiro global do estado) deduzidas as transferência f/f a municípios.</p> <p>E: recebe, f/f, \$ do IVR (índice de valorização de resultados)</p> <p>E: paga tudo que M não paga:</p> <p><i>[E: paga diretamente, procedimento do FAE; (exceto M em G. Plena Sist. e G. Semiplena)</i></p> <p><i>E: paga diretamente, procedimento do PAB (exceto dos M recebem PAB f/f)</i></p> <p><i>E: paga AIH + Alta Complexidade Amb.]</i></p> <p><u>VIGILÂNCIA SANITÁRIA:</u></p> <p>(=Gestão Avançada)</p>

FONTE: Ministério da Saúde

OBS:

⇒ os estados habilitados na NOB-93, poderão permanecer, temporariamente na respectiva condição de gestão;

⇒ os estados ainda não habilitados em nenhuma condição de gestão, serão considerados em **GESTÃO CONVENCIONAL**.

ANEXO C

Legislação

C.1 PORTARIA Nº 1882/GM

Em, 18 de dezembro de 1997.

Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando as Diretrizes definidas no Plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde para o biênio 97/98;

a necessidade de estabelecer incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais;

a necessidade de viabilizar a programação municipal de ações e serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários para o ano de 1998;

a disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, RESOLVE:

Art. 1º O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde.

Art. 2º O PAB é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica.

Art. 3º Os valores referentes ao PAB serão transferidos aos municípios de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

Parágrafo único. Os valores relativos ao PAB serão transferidos, transitoriamente, ao Fundo Estadual de Saúde, exclusivamente para cobertura da população residente em municípios não habilitados.

Art. 4º A parte fixa do PAB, destinada à assistência básica, será obtida pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada Município.

§ 1º As ações custeadas com recursos destinados à assistência básica são:

- I. consultas médicas em especialidades básicas;
- II. atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica);
- III. atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior;
- IV. visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da equipe de saúde da família;
- V. vacinação;
- VI. atividades educativas a grupos da comunidade;
- VII. assistência pré-natal;
- VIII. atividades de planejamento familiar;
- IX. pequenas cirurgias;
- X. atendimentos básicos por profissionais de nível médio;
- XI. atividades dos agentes comunitários de saúde;
- XII. orientação nutricional e alimentar ambulatorial e comunitária;
- XIII. assistência ao parto domiciliar por médico do Programa de Saúde da Família;
- XIV. pronto atendimento.

§ 2º As ações, que compõem a parte fixa do PAB, estão desdobradas nos procedimentos do Grupo “Assistência Básica”, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º A parte variável do PAB destina-se a incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, e outros que venham a ser posteriormente agregados e será definida com base em critérios técnicos específicos de cada programa.

§ 1º O incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família consiste no montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, reorientando práticas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

§ 2º O incentivo à Assistência Farmacêutica Básica consiste no montante de recursos financeiros destinado exclusivamente à aquisição de medicamentos básicos, contribuindo para a garantia da integralidade na prestação da assistência básica à saúde.

§ 3º O incentivo ao Programa de Combate às Carências Nutricionais consiste no montante de recursos financeiros destinado ao desenvolvimento de ações de nutrição e

alimentação a grupos populacionais determinados, com prioridade ao grupo materno infantil, visando combater a desnutrição e proteger o estado nutricional mediante:

- I. orientação alimentar e nutricional;
- II. aquisição de alimentos, complementos vitamínicos e minerais;
- III. monitoramento das condições nutricionais.

§ 4º O incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária consiste no montante de recursos financeiros destinado ao incremento de ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como às atividades de educação em vigilância sanitária.

§ 5º O incentivo às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental consiste no montante de recursos financeiros transferidos fundo a fundo para Estados e Municípios destinado às ações básicas de investigação epidemiológica e ambiental, de diagnóstico de situações epidemiológicas e saúde individual e coletiva das populações.

§ 6º Os recursos serão transferidos, fundo a fundo, para os Estados, Distrito Federal e Municípios, de acordo com prioridades e critérios técnicos relativos a cada incentivo, que serão estabelecidos em normas complementares.

Art. 6º A transferência dos recursos do PAB será suspensa no caso da falta de alimentação de informações, pela Secretaria de Saúde dos Municípios, junto à Secretaria Estadual de Saúde, por dois meses consecutivos, dos bancos de dados nacionais do:

- I. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- II. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
- III. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- IV. Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN;
- V. outros que venham a ser implantados.

Parágrafo único. O envio de informações relativas ao Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e ao Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS deverá observar o cronograma mensal definido em portaria específica, implicando, no caso de não ter sido observado o cumprimento, em suspensão imediata da transferência total do PAB.

Art. 7º Será de 06 (seis) meses o prazo máximo para que os municípios habilitados conforme a NOB SUS 01/96 implantem os mecanismos de operacionalização dos Sistemas de Informações previstos no artigo anterior.

Art. 8º Excepcionalmente, em 1998, os procedimentos básicos em Vigilância Sanitária comporão a parte fixa do PAB.

Art. 9º Tornar sem efeito os itens 12.1.1, 12.1.2, 13.1.1, 15.1.3b, 15.2.3c, 16.3.3b, 16.4.3c, 17.5, 17.12, 17.13 da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96, aprovada pela Portaria 2203, de novembro de 1996.

Art. 10º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

C.2 PORTARIA Nº 1885/GM

Em, 18 de dezembro de 1997.

Estabelece o montante de recursos destinados aos Incentivos que compõem a parte viável do Piso da Atenção Básica - PAB.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando o que estabelece a Portaria/GM/MS nº 1832, de 18 de dezembro de 1997,

considerando o Plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde que estabelece a ampliação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, a implementação da Assistência Farmacêutica Básica, a intensificação das ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Epidemiológica, RESOLVE:

Art. 1º Os recursos destinados aos incentivos que compõem a parte variável do Piso da Atenção Básica - PAB, para o ano de 1998, são os estabelecidos nos montantes abaixo discriminados:

- I - R\$ 201.000.000,00 (duzentos e um milhões de reais) para os Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Saúde da Família - PSF;
- II - R\$ 159.000.000,00 (cento e cinquenta e nove milhões de reais) para a Assistência Farmacêutica Básica;
- III - R\$ 159.000.000,00 (cento e cinquenta e nove milhões de reais) para o Programa de Combate às Carências Nutricionais;
- IV - R\$ 42.000.000,00 (quarenta e dois milhões de reais) para as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Art. 2º Os valores de que tratam o artigo anterior serão acrescidos ao Teto Financeiro da Assistência, fixado em R\$ 1.741.000.000,00 (um bilhão, setecentos e quarenta e um milhões de reais), totalizando os recursos destinados à atenção básica à saúde.

Art. 3º Os valores referentes aos incentivos às ações básicas de Vigilância Ambiental e Epidemiológica serão definidos no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de publicação desta Portaria.

Art. 4º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

C.3 PORTARIA Nº 1886/GM

Em, 18 de dezembro de 1997.

Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando que

o Ministério da Saúde estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão;

o Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas.

Art. 2º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

ANEXO I

NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - PACS

RESPONSABILIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1. Ao Ministério da Saúde, no âmbito do PACS, cabe:

1.1 Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de agentes comunitários de saúde pelos serviços municipais de saúde;

1.2 Definir normas e diretrizes para a implantação do programa;

1.3 Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento tripartite do programa;

1.4 Definir mecanismo de alocação de recursos federais para a implantação e a manutenção do programa, de acordo com os princípios do SUS;

1.5 Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos federais ao programa; Regulamentar e regular o cadastramento dos ACS e enfermeiros instrutores/supervisores no SIA/SUS;

1.6 Prestar assessoria técnica aos estados e municípios para o processo de implantação e de gerenciamento do programa;

1.7 Disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de capacitação e educação permanente dos ACS e dos enfermeiros instrutores-supervisores;

- 1.8 Disponibilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente o Sistema de Informação do PACS - SIPACS como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- 1.9 Assessorar estados e municípios na implantação do Sistema de Informação;
- 1.10 Consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos;
- 1.11 Controlar o cumprimento, pelos estados e municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação;
- 1.12 Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações do PACS;
- 1.13 Articular e promover o intercâmbio de experiências para aperfeiçoar, disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à atenção primária à saúde.
- 1.14 Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado.

RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

2. No âmbito das Unidades da Federação a coordenação do PACS, de acordo com o princípio de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde, está sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Compete à esta instância definir, dentro de sua estrutura administrativa, o setor que responderá pelo processo de coordenação do programa e que exercerá o papel de interlocutor com o nível de gerenciamento nacional.

3. Às Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do PACS, cabe:
 - 3.1 Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de agentes comunitários de saúde pelos serviços municipais de saúde;
 - 3.2 Estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e as diretrizes do programa;
 - 3.3 Definir os critérios de priorização de municípios para implantação do programa;
 - 3.4 Definir estratégias de implantação e/ou implementação do programa;
 - 3.5 Garantir fontes de recursos estaduais para compor o financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa;
 - 3.6 Definir mecanismos de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa;
 - 3.7 Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos estaduais ao programa;
 - 3.8 Pactuar com o Conselho Estadual de Saúde e com a Comissão Intergestores Bipartite os requisitos específicos para a implantação do programa;
 - 3.9 Regular o cadastramento dos ACS e enfermeiros instrutores/supervisores no SIA/SUS;

- 3.10 Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e de gerenciamento do programa;
- 3.11 Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de formação e educação permanente dos ACS
- 3.12 Capacitar e garantir processo de educação permanente aos enfermeiros instrutores-revisores dos ACS;
- 3.13 Assessorar os municípios para implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente o Sistema de Informação do PACS - SIPACS como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- 3.14 Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos;
- 3.15 Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação;
- 3.16 Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados das ações do PACS no âmbito do estado;
- 3.17 Promover o intercâmbio de experiência entre os diversos municípios, objetivando disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria do atendimento primário à saúde;
- 3.18 Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado para fortalecimento do programa no âmbito do estado.

RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO

4. O município deve cumprir os seguintes **REQUISITOS** para a sua inserção ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde:

- 4.1 Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde onde está aprovada a implantação do programa;
 - 4.2 Definir Unidade Básica de Saúde para referência e cadastramento dos Agentes Comunitários de Saúde do SIA/SUS;
 - 4.3 Comprovar a existência de Fundo Municipal de Saúde ou conta especial para a saúde;
 - 4.4 Garantir a existência de profissional(ais) enfermeiro(s), com dedicação integral na(s) unidade(s) básica(s) de referência, onde no âmbito de suas atribuições exercerão a função de instrutor-supervisor, na proporção de no máximo 30 Agentes Comunitários de Saúde para 01 enfermeiro;
5. A adesão ao PACS deve ser solicitada, pelo município, à Secretaria Estadual de Saúde.

6. PRERROGATIVAS:

6.1 O Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo, proporcionais à população assistida pelos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com critérios e prioridades definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite;

6.2 As Secretarias Estaduais definirão a forma de apoio no âmbito de suas competências.

7. No âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ao município cabe:

7.1 Conduzir a implantação e a operacionalização do programa como ação integrada e subordinada ao serviço de saúde.

7.2 Inserir o PACS nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde garantir infraestrutura de funcionamento da(s) unidade(s) básica(s) de referência dos ACS.

7.3 Inserir as atividades do programa na programação físico financeira ambulatorial do município, com definição de contrapartida de recursos municipais.

7.4 Definir áreas geográficas para implantação do programa, priorizando aquelas onde as famílias estão mais expostas aos riscos de adoecer e morrer;

7.5 Recrutar os agentes comunitários de saúde através de processo seletivo, segundo as normas e diretrizes básicas do programa.

7.6 Contratar e remunerar os ACS e o(s) enfermeiro(s) instrutor(es)/supervisor(es); Garantir as condições necessárias para o processo de capacitação e educação permanente dos ACS.

7.7 Garantir as condições necessárias para o processo de capacitação e educação permanente dos enfermeiros instrutores supervisores, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde.

7.8 Implantar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente, o Sistema de Informação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, cumprindo o fluxo estabelecido para alimentação dos bancos de dados regional e estadual.

7.9 Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias dos ACS no processo de programação e planejamento das ações das unidades básicas de referência.

7.10 Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação aos conselhos locais e municipal de saúde.

7.11 Viabilizar equipamentos necessários para a informatização do sistema de informação.

DIRETRIZES OPERACIONAIS

8. Na operacionalização do Programa deverão ser observadas as seguintes diretrizes:

8.1 O Agente Comunitário de Saúde - ACS deve trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida.

8.2 Um ACS é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas.

8.3 O recrutamento do Agente Comunitário de Saúde deve se dar através de processo seletivo, no próprio município, com assessoria da Secretaria Estadual de Saúde.

8.4 São considerados requisitos para o ACS ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

8.5 O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência.

8.6 É vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência.

8.7 A capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde.

8.8 O ACS deve ser capacitado para prestar assistência a todos os membros das famílias acompanhadas, de acordo com as suas atribuições e competências.

8.9 O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho.

8.10 A substituição de um ACS do suplente classificado no processo seletivo poderá ocorrer em situações onde o ACS deixa de residir na área de sua atuação; assume outra atividade que comprometa a carga horária necessária para desempenho de suas atividades; não cumpre os compromissos e atribuições assumidas; gera conflitos ou rejeição junto a sua comunidade; o próprio ACS, por motivos particulares, requeira seu afastamento.

8.11 Em caso de impasse na substituição de um ACS, a situação deve ser submetida ao conselho local ou municipal de saúde.

8.12 O monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Programa deverá ser realizado pelo Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS ou ainda por outro sistema preconizado ao Programa pelo Ministério da Saúde (SIAB ou SIPACS).

8.13 A não alimentação do Sistema de Informação por um período de 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados durante o ano, implicará na suspensão do cadastramento do programa.

8.14 São consideradas atribuições básicas dos ACS, nas suas áreas territoriais de abrangência:

8.14.1 realização do cadastramento das famílias;

- 8.14.2 participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do
- 8.14.3 perfil sócio-econômico da comunidade, na identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência;
- 8.14.4 realização do acompanhamento das micro-áreas de risco;
- 8.14.5 realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial;
- 8.14.6 atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias; execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;
- 8.14.7 acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos
- 8.14.8 promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-se ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso;
- 8.14.9 promoção do aleitamento materno exclusivo;
- 8.14.10 monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral; monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;
- 8.14.11 monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;
- 8.14.12 orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;
- 8.14.13 identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;
- 8.14.14 realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de: desenvolvimento da gestação;
- 8.14.15 seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição; incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto;
- 8.14.16 atenção e cuidados ao recém nascido; cuidados no puerpério;
- 8.14.17 monitoramento dos recém nascidos e das puérperas;
- 8.14.18 realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde da referência;
- 8.14.19 realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;
- 8.14.20 realização de ações educativas referentes ao climatério;
- 8.14.21 realização de atividades de educação em saúde bucal nas famílias e na comunidade;

- 8.14.22 realização de atividades de educação em saúde bucal na família com ênfase no grupo infantil.
- 8.14.23 busca ativa das doenças infecto-contagiosas;
- 8.14.24 apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória;
- 8.14.25 supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
- 8.14.26 realização de atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso;
- 8.14.27 identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;
- 8.14.28 incentivo à comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica;
- 8.14.29 orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas;
- 8.14.30 realização de ações educativas para preservação do meio ambiente;
- 8.14.31 realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;
- 8.14.32 estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- 8.14.33 outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

8.15 São consideradas atribuições básicas dos enfermeiros instrutores/supervisores:

- 8.15.1 planejar e coordenar a capacitação e educação permanente dos ACS, executando-a com participação dos demais membros da equipe de profissionais do serviço local de saúde;
- 8.15.2 coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho dos ACS.
- 8.15.3 reorganizar e readequar, se necessário, o mapeamento das áreas de implantação do programa após a seleção dos ACS, de acordo com a dispersão demográfica de cada área e respeitando o parâmetro do número máximo de famílias por ACS.
- 8.15.4 coordenar e acompanhar a realização do cadastramento das famílias;
- 8.15.5 realizar, com demais profissionais da unidade básica de saúde, o diagnóstico demográfico e a definição do perfil sócio econômico da comunidade, a identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, a descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, a realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da área de abrangência dos ACS sob sua responsabilidade;

- 8.15.6 coordenar a identificação das micro-áreas de risco para priorização das ações dos ACS;
- 8.15.7 coordenar a programação das visitas domiciliares a serem realizadas pelos ACS, realizando acompanhamento e supervisão periódicas;
- 8.15.8 coordenar a atualização das fichas de cadastramento das famílias;
- 8.15.9 coordenar e supervisionar a viigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco
- 8.15.10 executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica na unidade básica de saúde, no domicílio e na comunidade;
- 8.15.11 participar do processo de capacitação e educação permanente técnica e gerencial junto às coordenações regional e estadual do programa;
- 8.15.12 consolidar, analisar e divulgar mensalmente os dados gerados pelo sistema de informação do programa;
- 8.15.13 participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho da unidade básica de saúde, considerando a análise das informações geradas pelos ACS;
- 8.15.14 definir, juntamente com a equipe da unidade básica de saúde, as ações e atribuições prioritárias dos ACS para enfrentamento dos problemas identificados; alimentar o fluxo do sistema de informação aos níveis regional e estadual, nos prazos estipulados;
- 8.15.15 tomar as medidas necessárias, junto à secretaria municipal de saúde e conselho municipal de saúde, quando da necessidade de substituição de um ACS;
- 8.15.16 outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

9. O não cumprimento das normas e diretrizes do programa implicaria na suspensão da alocação de recursos federais para o seu financiamento.

ANEXO II

NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

RESPONSABILIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1. ao Ministério da Saúde, no âmbito do PSF, cabe:

- 1.1 Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de saúde da família pelos serviços municipais de saúde.
- 1.2 Estabelecer normas e diretrizes para a implantação do programa. Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento tripartite do programa.
- 1.3 Definir mecanismo de alocação de recursos federais para a implantação e a manutenção das unidades de saúde da família, de acordo com os princípios do SUS.
- 1.4 Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos federais ao programa.
- 1.5 Negociar na Comissão Intergestora Tripartite os requisitos específicos e prerrogativas para implantação e ou implementação da estratégia de saúde da família.
- 1.6 Regulamentar e regular o cadastramento das unidades de saúde da família no SIA/SUS.
- 1.7 Prestar assessoria técnica aos estados e municípios para o processo de implantação e de gerenciamento do programa.
- 1.8 Promover a articulação entre as instituições de ensino superior e as instituições de serviço para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família.
- 1.9 Assessorar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações.
- 1.10 Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e/ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação "sensu lato"
- 1.11 Disponibilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família.
- 1.12 Assessorar estados e municípios na implantação do Sistema de Informação;
- 1.13 Consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação divulgando resultados obtidos.
- 1.14 Controlar o cumprimento pelos estados e municípios da alimentação do banco de dados do sistema de informação.
- 1.15 Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos recursos e do impacto das ações das unidades de saúde da família.
- 1.16 Contribuir para a criação de uma rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família
- 1.17 Promover articulações com outras instâncias da esfera federal a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde da família; Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado.

RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

2. No âmbito das Unidades de Federação a coordenação do PSF, de acordo com o princípio de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde está sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Compete à esta instância definir, dentro de sua estrutura administrativa, o setor que responderá pelo processo de coordenação do programa e que exercerá o papel de interlocutor com o nível de gerenciamento nacional.

3. Às Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do PSF, cabe:

3.1 Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de saúde da família pelos serviços municipais de saúde.

3.2 Estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e as diretrizes do programa.

3.3 Definir estratégias de implantação e/ou implementação do programa.

3.4 Garantir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do programa.

3.5 Definir mecanismo de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa;

3.6 Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos estaduais ao programa;

3.7 Pactuar com o Conselho Estadual de Saúde e com a Comissão de Intergestores Bipartite os requisitos específicos e priorização para a implantação do programa.

3.8 Cadastrar as unidades de saúde da família no SIA/SUS.

3.9 Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e gerenciamento do programa.

3.10 Promover a articulação com as instituições de ensino superior para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos de saúde da família;

3.11 Integrar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações;

3.12 Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e/ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação "latu-sensu"

3.13 Assessorar os municípios na implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, enquanto instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família;

3.14 Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e alimentar o banco de dados nacional.

3.15 Controlar o cumprimento pelos municípios da alimentação do banco de dados do sistema de informação.

- 3.16 Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das unidades de saúde da família no âmbito do estado;
- 3.17 Participar de rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família;
- 3.18 Promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua abrangência; promover articulações com outras instâncias da esfera estadual, a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde a família;
- 3.19 Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado.

RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO

4. São responsabilidades do Município:

- 4.1 Conduzir a implantação e a operacionalização do PSF como estratégia de reorientação das unidades básicas de saúde, no âmbito do sistema local de saúde.
- 4.2 Inserir o PSF nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde.
- 4.3 Inserir as unidades de saúde da família na programação físico financeira ambulatorial do município com definição de contrapartida de recursos municipais.
- 4.4 Eleger áreas para implantação das unidades de saúde da família, priorizando aquelas onde a população está mais exposta aos riscos sociais, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que integram as equipes de saúde da família.
- 4.5 Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, através do Sistema de Informação da Atenção Básica -SIAB, ou por outro instrumento de monitoramento, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao Programa pelo Ministério da Saúde (SIAB).
- 4.7 Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias no processo de programação e planejamento das ações locais.
- 4.8 Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação e de outros mecanismos e/ou instrumentos de avaliação aos conselhos locais e municipal de saúde.
- 4.9 Garantir a infra-estrutura e os insumos necessários para resolutividade das unidades de saúde da família.
- 4.10 Garantir a inserção das unidades de saúde da família na rede de serviços de saúde, garantindo referência e contra-referência aos serviços de apoio diagnóstico, especialidades ambulatoriais , urgências/emergências e internação hospitalar.

REQUISITOS PARA A INSERÇÃO DO MUNICÍPIO NO PROGRAMA

5. O município é o espaço de execução estratégica de saúde da família enquanto projeto estruturante da atenção básica, portanto cabe a este nível definir os meios e condições operacionais para sua implantação.

6. O município deve cumprir os seguintes REQUISITOS para sua inserção ao Programa de Saúde da Família:

6.1 Estar habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/SUS 01/96

6.2 Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde onde aprova-se a implantação do programa.

7. A adesão ao PSF deve ser solicitada, pelo município, à Secretaria Estadual de Saúde.

PRERROGATIVAS

8. São prerrogativas do município:

8.1 O Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo proporcionais à população assistida pelas unidades de saúde da família, de acordo com critérios e prioridades definidos e pactuados na Comissão Intergestora Tripartite.

8.2 As Secretarias Estaduais definirão a forma de apoio no âmbito de suas competências.

DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

9. Aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família:

9.1 Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquização.

9.2 Adscrição de população/territorialização.

9.3 Programação e planejamento descentralizados.

9.4 Integralidade da assistência.

9.5 Abordagem multiprofissional.

9.6 Estímulo à ação intersetorial.

9.7 Estímulo à participação e controle social.

9.8 Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família.

9.9 Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.

10. Caracterização das unidades de saúde da família:

10.1 Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.

10.2 Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garanta resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados.

10.3 Trabalha com definição de território de abrangência, que significa a área que está sob sua responsabilidade.

10.4 Pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, a depender da área de abrangência e do número de habitantes vinculados a esta unidade.

10.5 As equipes devem realizar o cadastramento das famílias, com visita aos domicílios, segundo a definição territorial pré-estabelecida.

11. Caracterização das equipes de saúde da família:

11.1 Uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde resida, no máximo, 1.000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas.

11.2 Recomenda-se que uma equipe de profissionais de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas)

11.3 Para efeito de incorporação dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, as equipes deverão atender aos seguintes parâmetros mínimos de composição:

11.3.1 Médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas) ou

11.3.2 Médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem.

C.4 PORTARIA Nº 157/GM

Em, 12 de fevereiro de 1998

Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos Municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de implementar a parte variável do Piso da Atenção Básica - PAB referente aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, conforme consta no parágrafo 1º, do Art. 5º, da Portaria/GM/MS nº 1882 de 18.12.97; considerando, ainda, o disposto na Instrução Normativa nº 01/98, de 02 de janeiro de 1998, que regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com a NOB/SUS 01/96, resolve:

Art. 1º A qualificação dos Municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e ao Programa de Saúde da Família - PSF observará o disposto nesta Portaria.

Art. 2º Para receberem os recursos do incentivo ao PACS e ao PSF os Municípios deverão observar as Normas e Diretrizes dos Programas, constantes nos anexos da portaria/GM/MS nº 1886 de 18 de dezembro de 1997.

Art. 3º Os recursos financeiros federais relativos aos incentivos ao PACS e PSF serão transferidos fundo a fundo, em parcelas mensais, somente a Municípios habilitados, de acordo com a Norma Operacional Básica -NOB/SUS - 01/96.

Art. 4º Ficam definidos os seguintes valores como incentivo:

- I. para cada Agente Comunitário de Saúde, R\$ 1.500,00 (Um mil e quinhentos reais) por ano;
- II. para cada equipe de Saúde da Família em:
 - a) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 10,00 (dez reais) e menor que R\$ 12,00 (doze reais), incentivo de R\$ 21.000,00 por ano;
 - b) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 12,00 (doze reais) e menor que R\$ 14,00 (quatorze reais), incentivo de R\$ 19.000,00 por ano;
 - c) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 14,00 (quatorze reais) e menor que R\$ 16,00 (dezesseis reais), incentivo de R\$ 17.000,00 por ano;

d) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 16,00 (dezesesseis reais) e menor ou igual a R\$ 18,00 (dezoito reais), incentivo de R\$ 15.000,00 por ano.

Parágrafo Único: Os incentivos são cumulativos no limite de 6 (seis) ACS por equipe de saúde da família, com exceção das equipes ompostas nos termos do item 11.3.2 do anexo 2 da Portaria\GM\MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997.

Art 5º Ficam estabelecidos os seguintes parâmetros de cobertura:

I - Cada equipe de saúde da família será responsável por no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas;

II - Cada agente comunitário de saúde será responsável por no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas.

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde realizará, no prazo máximo de 03 meses, avaliação dos resultados do critério de transferência dos recursos de incentivo e dos limites de cobertura de população aqui estabelecidos.

Art. 6º A Comissão Intergestores Bipartite poderá reavaliar as metas estaduais podendo, mediante a definição do montante de incentivos previstos para o estado, redirecionar os quantitativos de expansão de número de agentes comunitários ou número de equipes de saúde da família.

Art. 7º Ao final de cada trimestre de 1998 o Ministério da Saúde apresentará na Comissão Intergestores Tripartite, estudo comparativo contendo os recursos financeiros estimados para os incentivos no trimestre, e os recursos efetivamente transferidos aos Municípios habilitados e qualificados para receberem os incentivos.

Parágrafo Único. A utilização dos saldos dos incentivos, porventura existentes, será definida segundo critérios de avaliação a serem definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

Art. 8º Os Municípios que até dezembro de 1997 implantaram o PACS ou o PSF, terão assegurada a alocação das cotas de incentivos de acordo com o número de agentes comunitários de saúde e de equipes de saúde da família existentes, desde que cumpridas as Normas e Diretrizes dos Programas.

Art. 9º A ampliação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, em 1998, deverá dar prioridade aos Municípios inseridos nos Programas Comunidade Solidária e Amazônia Solidária, no Projeto para a Redução da Mortalidade na Infância, nos

projetos de assentamentos rurais, àqueles integrantes de consórcios intermunicipais de saúde e outras definidas na CIB.

Art. 10º Para a qualificação dos municípios ao incentivo ao PACS e PSF fica estabelecido:

- I. Os municípios habilitados de acordo com a NOB/SUS 01/96 até a data de publicação desta portaria, que têm os programas implantados receberão os incentivos a partir do mês de habilitação, devendo a CIB encaminhar à Comissão Técnica da CIT resolução aprovando a cota de incentivo, acompanhada da Declaração de Incentivo ao PACS e PSF, de acordo com Anexo I desta portaria, no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data de publicação desta portaria. O não envio da informação dentro do prazo aqui definido implica em suspensão desse direito;
- II. Os municípios que em dezembro de 1997 já contavam com o PACS e/ou PSF instalados, qualificam-se para o recebimento dos respectivos incentivos ao solicitar habilitação de acordo com a NOB/SUS 01/96. A este processo deve ser incorporada a Declaração de Incentivo ao PACS e PSF, Anexo I desta portaria. Este documento passa a integrar o processo de habilitação e a acompanhar a Declaração do Teto Financeiro Global do Município, Anexo 6 da Instrução Normativa nº 01/98 de 02 de janeiro de 1998.
- III. Aqueles municípios que se qualificarem para a implantação dos programas e expansão de número de agentes comunitários e/ou de número de equipes de saúde da família devem fazê-lo através de resolução da CIB acompanhada da Declaração de Incentivo ao PACS e PSF, Anexo I desta portaria.

Art. 11º O gestor estadual é o responsável por atestar mensalmente a relação de municípios que receberão o incentivo, assim como o número de Agentes Comunitários e de equipes de Saúde da Família em cada um deles.

Parágrafo único. O não recebimento da informação acima implicará em suspensão do pagamento do incentivo.

Art. 12º Os municípios que já têm os programas ou que venham implantá-los terão prazo até 30 de junho de 1998 para a instalação do Sistema de Informação da Atenção Básica -SIAB. A partir dessa data a falta de alimentação do banco de dados desse sistema de informação, por período de 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados durante o ano, implicará na suspensão da transferência dos recursos do incentivo.

Art. 13º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CESAR DE ALBUQUERQUE

C.5 PORTARIA Nº 2.101/GM

Em, 27 de fevereiro de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de implementar a parte variável do Piso da Atenção Básica - PAB referente aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde da Família, conforme consta do parágrafo 1º, do Art. 5º, da Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, publicada no DOU nº 247-E, de 22 de dezembro de 1997, Seção I;

considerando o disposto na Instrução Normativa nº 01/98, de 2 de janeiro de 1998, que regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com a NOB/SUS 01/96, e

considerando a Portaria GM/MS nº 157, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no DOU nº 40 de 02 de março de 1998, Seção I que define os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos Municípios, aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família, resolve:

Art. 1º Estabelecer as metas físicas e financeiras dos Estados referentes ao incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º As metas físicas e financeiras estão sujeitas a revisões e conseqüente redistribuições entre os estados de acordo com avaliações trimestrais de desempenho e cumprimento de metas, conforme o previsto no art. 7º da Portaria GM/MS nº 157, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no DOU nº 40 de 02 de março de 1998, Seção I

Art. 3º O quantitativo de equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde relacionado no Anexo I desta Portaria inclui o existente para cada Estado até dezembro de 1997, conforme estabelecido no art. 8º da Portaria GM/MS nº 157, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no DOU nº 40 de 02 de março de 1998, Seção I.

Art. 4º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

Anexo I

Meta física e cota de Incentivo por Estado para o PACS e o PSF

REGIÕES	Nº DE ACS META 98	PACS cota de incentivo	Nº DE EQUIP. META 98	PSF cota de incentivo	TOTAL
NORDESTE	55.123	82.684.500,00	1.656	31.954.000,00	114.638.500,00
ALAGOAS	3.196	4.794.000,00	175	3.509.000,00	8.303.000,00
BAHIA	14.975	22.462.500,00	181	3.801.000,00	26.263.500,00
CEARÁ	9.099	13.648.500,00	742	13.794.000,00	27.442.500,00
MARANHÃO	6.355	9.532.500,00	30	570.000,00	10.102.500,00
PARAÍBA	3.998	5.997.000,00	57	1.197.000,00	7.194.000,00
PERNAMBUCO	8.960	13.440.000,00	275	5.161.000,00	18.601.000,00
PIAUÍ	3.235	4.852.500,00	38	798.000,00	5.650.500,00
RIO GRANDE DO NORTE	3.316	4.974.000,00	58	1.218.000,00	6.192.000,00
SERGIPE	1.989	2.983.500,00	100	1.906.000,00	4.889.500,00
NORTE	10.541	15.811.500,00	130	2.730.000,00	18.541.500,00
ACRE	472	708.000,00	10	210.000,00	918.000,00
AMAPÁ	350	525.000,00	5	105.000,00	630.000,00
AMAZONAS	1.036	1.554.000,00	5	105.000,00	1.659.000,00
PARÁ	5.728	8.592.000,00	37	777.000,00	9.369.000,00
RONDÔNIA	1.551	2.326.500,00	28	588.000,00	2.914.500,00
RORAIMA	200	300.000,00	5	105.000,00	405.000,00
TOCANTINS	1.204	1.806.000,00	40	840.000,00	2.646.000,00
SUDESTE	16.904	25.356.000,00	1.042	20.344.000,00	45.700.000,00
ESPIRITO SANTO	2.300	3.450.000,00	20	420.000,00	3.870.000,00
MINAS GERAIS	6.434	9.651.000,00	739	14.161.000,00	23.812.000,00
RIO DE JANEIRO	5.400	8.100.000,00	81	1.701.000,00	9.801.000,00
SÃO PAULO	2.770	4.155.000,00	202	4.062.000,00	8.217.000,00
SUL	9.176	13.764.000,00	425	8.563.000,00	22.327.000,00
PARANÁ	3.000	4.500.000,00	146	2.944.000,00	7.444.000,00
RIO GRANDE DO SUL	4.664	6.996.000,00	62	1.302.000,00	8.298.000,00
SANTA CATARINA	1.512	2.268.000,00	217	4.317.000,00	6.585.000,00
CENTRO- OESTE	8.256	12.384.000,00	247	5.147.000,00	17.531.000,00
DISTRITO FEDERAL	1.206	1.809.000,00	201	4.221.000,00	6.030.000,00
GOIÁS	3.100	4.650.000,00	15	315.000,00	4.965.000,00
MATO GROSSO	2.000	3.000.000,00	21	401.000,00	3.401.000,00
MATO GROSSO DO SUL	1.950	925.000,00	10	210.000,00	3.135.000,00
TOTAL	100.000	150.000.000,00	3.500	68.738.000,00	218.738.000,00

FONTE: Ministério da Saúde

ANEXO D - Conjunto de dados sobre o PAB

D.1 EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA - PAB - 1998

MÊS	MUNICÍPIOS HABILITADOS		POPULAÇÃO ASSISTIDA		RECURSOS ANUAIS PARA ATENÇÃO BÁSICA	
	NÚMERO	EM % DA META	EM MILHÕES	EM % DA META	EM MILHÕES	EM % DA META
FEVEREIRO	1.344	24,4	30,5	19,1	326,3	19,0
MARÇO	1.934	35,1	46,2	28,9	497,6	28,9
ABRIL	3.415	62,0	75,0	47,0	814,5	47,3
MAIO	3.870	70,3	101,3	63,5	1.096,4	63,7
JUNHO	4.070	73,9	115,7	72,5	1.261,1	73,2
JULHO	4.554	82,7	130,1	81,5	1.417,2	82,3
AGOSTO	4.663	84,7	131,5	82,4	1.432,6	83,2
SETEMBRO	4.836	87,8	139,7	87,5	1.518,8	88,2
1998 META	5.507	100,0	159,6	100,0	1.722,0	100,0

NOTA: Inclui os municípios nas duas condições de gestão

FONTE: Ministério da Saúde

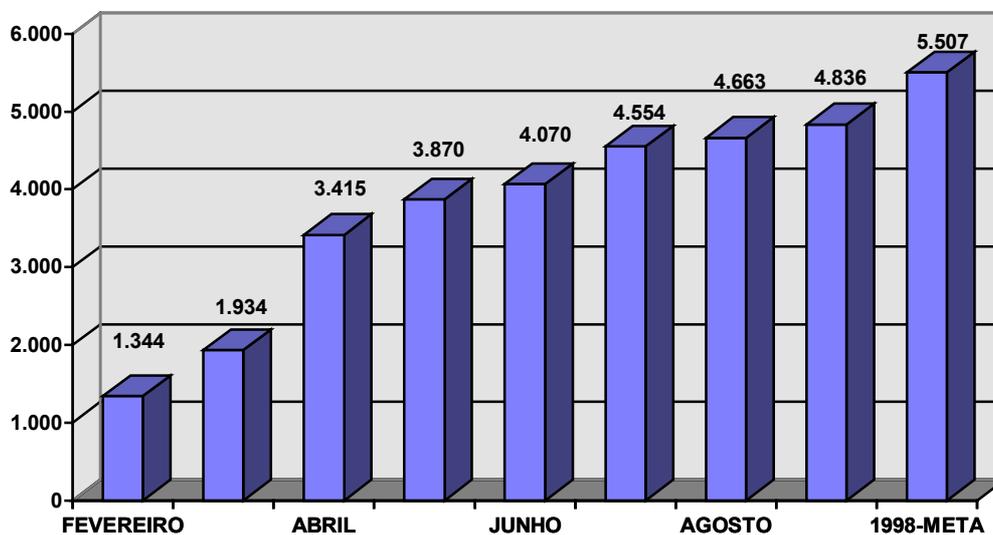
D.2 IMPLANTAÇÃO DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB

MUNICÍPIO HABILITADOS - COMPETÊNCIA JANEIRO A SETEMBRO DE 1998

UF	METAS						HABILITAÇÃO						EXECUÇÃO EM %		
	MUNICÍPIOS	DIST. EM %	POPULAÇÃO ASSISTIDA	DIST. EM %	VALOR DO PAB - 1998 EM R\$	DIST. EM %	MUNICÍPIOS	DIST. EM %	POPULAÇÃO ASSISTIDA	DIST. EM %	VALOR DO PAB - EM R\$	DIST. EM %	DOS MUNICÍPIOS	DA POPULAÇÃO A SER ASSISTIDA	DO TETO DO PAB 1998
NORTE	449	8	11.604.158	7	119.326.203	7	361	7	10.358.198	7	106.677.037	7	80	89	89
ACRE	22	0	500.185	0	5.027.261	0	14	0	434.982	0	4.349.820	0	64	87	87
AMAPÁ	16	0	401.916	0	4.262.033	0	4	0	345.055	0	3.573.766	0	25	86	84
AMAZONAS	62	1	2.460.602	2	24.628.993	1	39	1	2.094.889	1	20.971.863	1	63	85	85
PARÁ	143	3	5.650.681	4	57.585.204	3	105	2	4.934.971	4	50.396.206	3	73	87	88
RONDÔNIA	52	1	1.255.522	1	13.437.394	1	52	1	1.255.522	1	13.437.394	1	100	100	100
RORAIMA	15	0	254.499	0	2.585.575	0	9	0	216.050	0	2.188.485	0	60	85	85
TOCANTINS	139	3	1.080.753	1	11.799.743	1	138	3	1.076.729	1	11.759.503	1	99	100	100
NORDESTE	1.787	32	45.334.385	28	502.412.993	29	1.495	31	40.094.379	29	448.374.204	30	84	88	89
ALAGOAS	101	2	2.663.071	2	30.238.543	2	101	2	2.663.071	2	30.238.543	2	100	100	100
BAHIA	415	8	12.709.744	8	129.042.941	7	344	7	11.436.075	8	116.182.820	8	83	90	90
CEARÁ	184	3	6.920.292	4	76.142.975	4	161	3	4.481.703	3	51.746.317	3	88	65	68
MARANHÃO	217	4	5.295.452	3	60.068.697	3	165	3	4.676.576	3	53.283.779	4	76	88	89
PARAÍBA	223	4	3.331.673	2	36.637.352	2	184	4	3.060.632	2	33.725.930	2	83	92	92
PERNAMBUCO	185	3	7.466.773	5	89.358.517	5	185	4	7.466.773	5	89.358.517	6	100	100	100
PIAUI	221	4	2.695.876	2	33.201.747	2	124	3	2.130.072	2	26.855.235	2	56	79	81
RIO GRANDE DO NORTE	166	3	2.594.340	2	27.315.270	2	159	3	2.532.810	2	26.699.970	2	96	98	98
SERGIPE	75	1	1.657.164	1	20.406.951	1	72	1	1.646.667	1	20.283.093	1	96	99	99
CENTRO-OESTE	446	8	10.769.249	7	114.105.293	7	442	9	10.755.257	8	113.931.805	8	99	100	100
DISTRITO FEDERAL	1	0	1.877.015	1	18.770.150	1	1	0	1.877.015	1	18.770.150	1	100	100	100
GOIÁS	242	4	4.639.785	3	48.705.748	3	238	5	4.625.793	3	48.532.260	3	98	100	100
MATO GROSSO	126	2	2.287.846	1	26.828.856	2	126	3	2.287.846	2	26.828.856	2	100	100	100
MATO GROSSO DO SUL	77	1	1.964.603	1	19.800.539	1	77	2	1.964.603	1	19.800.539	1	100	100	100
SUDESTE	1.666	30	68.065.957	43	727.097.606	42	1.489	31	55.353.235	40	597.969.299	39	89	81	82
ESPIRITO SANTO	77	1	2.853.098	2	28.825.491	2	70	1	2.763.007	2	27.924.581	2	91	97	97
MINAS GERAIS	853	15	16.904.977	11	193.978.967	11	747	15	15.913.072	11	183.369.650	12	88	94	95
RIO DE JANEIRO	91	2	13.555.657	8	139.569.856	8	79	2	12.627.192	9	129.251.705	9	87	93	93
SÃO PAULO	645	12	34.752.225	22	364.723.292	21	563	12	24.049.964	17	257.423.363	17	92	69	71
SUL	1.159	21	23.862.664	15	259.192.386	15	1.049	22	23.133.006	17	251.895.806	17	91	97	97
PARANÁ	399	7	9.142.215	6	109.377.078	6	399	8	9.142.215	7	109.377.078	7	100	100	100
RIO GRANDE DO SUL	467	8	9.762.110	6	98.388.840	6	373	8	9.169.645	7	92.464.190	6	80	94	94
SANTA CATARINA	293	5	4.958.339	3	51.426.468	3	277	6	4.821.146	3	50.054.538	3	95	97	97
TOTAL	5.507	100	159.636.413	100	1.722.134.481	100	4.836	100	139.694.075	100	1.518.848.151	100	88	88	88

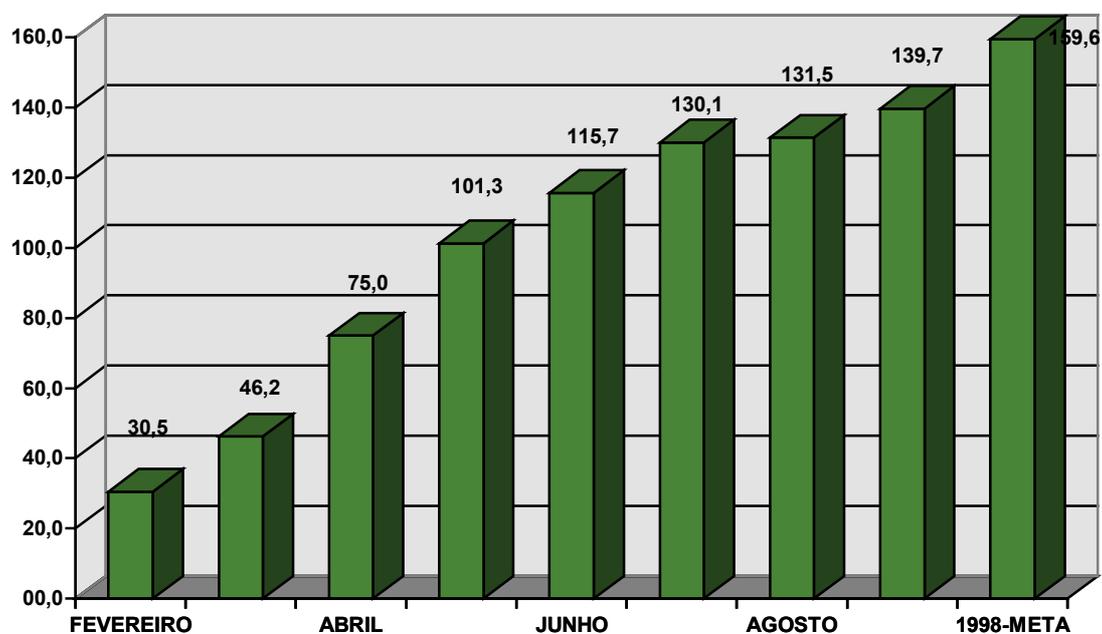
OBS: Inclui os municípios habilitados nas Gestões Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal

D.3 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE MUNICÍPIOS HABILITADOS JANEIRO A SETEMBRO DE 1998



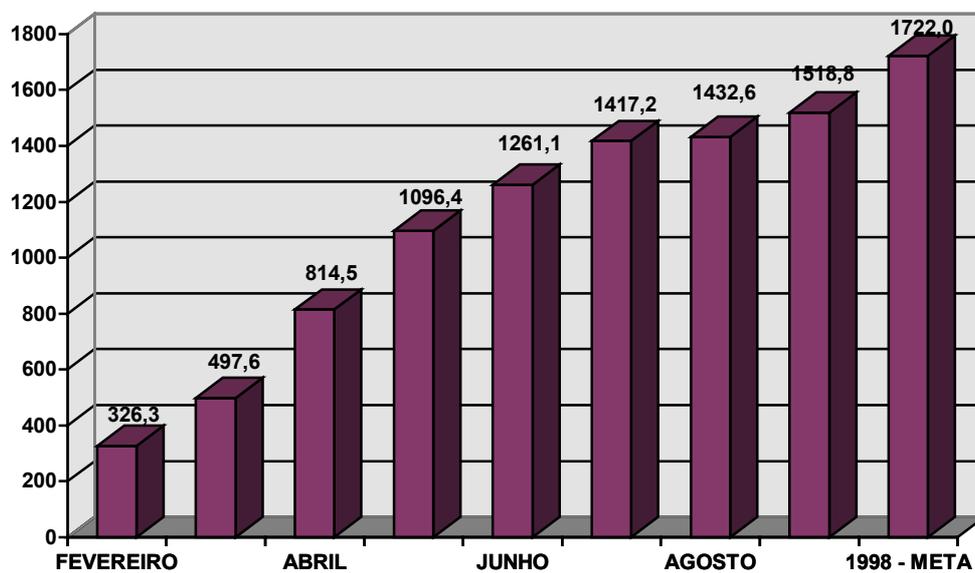
FONTE: Ministério da Saúde

D.4 EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA NOS MUNICÍPIOS HABILITADOS JANEIRO A SETEMBRO DE 1998



FONTE: Ministério da Saúde

D.5 EVOLUÇÃO DOS RECURSOS ANUAIS DOS MUNICÍPIOS HABILITADOS JANEIRO A SETEMBRO DE 1998



FONTE: Ministério da Saúde

ANEXO E Mapas